

UNIVERSITÉ DE PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

ANNÉE 1963

N°
157

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Guy, Christian CHRETIEN

Né le 9 Septembre 1932, à VERTEUIL-SUR-CHARENTE (Charente)

Présentée et soutenue publiquement le

**PROFIL ETIOLOGIQUE ET CLINIQUE
DES DIVERTICULOSES COLIQUES
A PROPOS DE DEUX CENTS CAS**

Président : Monsieur A. LEMAIRE (Professeur)

D. P. TAIB

8, Rue Casimir-Delavigne

PARIS-VI^e

1963

UNIVERSITE DE PARIS - FACULTE DE MEDECINE

--:--

Année 1963

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Guy, Christian CHRETIEN

Né le 9 Septembre 1932 à VERTEUIL SUR CHARENTE
(Charente)

--:--

Présentée et soutenue publiquement le

--:--

PROFIL ETIOLOGIQUE ET CLINIQUE
DES DIVERTICULOSES COLIQUES

A PROPOS DE DEUX CENTS CAS

--:--:--

Président : Monsieur A. LEMAIRE (Professeur)

--:--

D. P. TAIB
8, rue Casimir Delavigne
PARIS
1963



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40152008_0017

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. ALAJOUANINE (T), AUBIN (A), BENARD (H), BULLIARD (H), CADENAT (F), CHABROL (E), DEBRE (R), FEY (B), GALLIARD (H), GASTINEL (P), HALPHEN (E), HAZARD (R), HEUYER (G), LANTUEJOUL (P), LAROCHE (G), LAVIER (G), LEVY-SOLAL (E), LIAN (C), MATHIEU (P), MOCQUOT (P), MONOD (R), MOUQUIN (M), MOREAU (R), MOULONGUET (P), OLIVIER (E), PASTEUR VALLERY-RADOT, PETIT-DUTAILLIS (D), PIEDELIEVRE (R), QUENU (J), RICHET (C), SENEQUE (J), STROHL (A), TANON (L), VERNE (J)

DOYEN Léon BINET
..... Membre de l'Institut

1er ASSESSEUR CORDIER (G)
2e ASSESSEUR CASTAIGNE

I - PROFESSEURS

I°- CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

MM.

Anatomie	DELMAS (A)
Anatomie pathologique	DELARUE (J)
Anesthésiologie	BAUMANN (J)
Biochimie médicale	{ JAYLE (M.F.)
	{ SCHAPIRA (G)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P)
Biologie médicale	FAUVERT (R)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J)
Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	JOANON (P)
Histologie	GIROUD (A)
Hygiène et médecine préventive	N....
Médecine du Travail	DESOILLE (H)
Médecine légale	DEROBERT (L)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R)
Parasitologie	BRUMPT
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J)
Pathologie exotique	N....
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.P)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G)
Pharmacologie	CHEYMOL (J)
Physiologie	{ BINET (L)
	{ BARGETON (D)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F)

	MM.
Physique médicale	{ DOGNON (A)
	{ DJOURNO (A)
Radiologie médicale	DESGREZ (H)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N ...
Thérapeutique	CONTE (M)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	{ DESGREZ (P)
	{ POLONOVSKI (J)
Biologie médicale	BOURLIERE (F)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G)
Pharmacologie	LEVY (Mlle J)
Physiologie	PARROT (J)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L)

2°- CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H)
Clinique cardiologique (Broussais)	N ...
(Beaujon)	LORTAT-JACOB (J.L.)
(Cochin)	LEGER (L)
(Hôtel-Dieu)	PATEL (J)
Cliniques chirurgicales (Pitié)	CORDIER (G)
(Saint-Antoine)	GOSSET (J)
(Salpêtrière)	SICARD (A)
(Tenon)	OLIVIER (Cl)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)	FEVRE (M)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	MERLE d'AUBIGNE (R)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	GAUDART d'ALLAINES (F.de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	MATHEY (J)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M)
Clinique gynécologique (Broca)	FUNCK-BRENTANO (P)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	CATHALA (J)

MM.

Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encephale (Sainte-Anne)	DELAY (J)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	MARCHAL (G)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P)
	(Boucicaut LENE GRE (J)
	(Broussais SOULIE (P)
	(Cochin JUSTIN-BESANCON (L)
Cliniques médicales	(Cochin BROUET (G)
	(Hôtel-Dieu BARIETY (M)
	(Lariboisière SEZE (S. de)
	(Pitié DREYFUS (G)
	(Saint-Antoine KOURILSKY (R)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L.de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R)
Cliniques obstétricales	(Baudelocque LACOMME (M)
	(Foch (Suresnes) MERGER (R)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	LELONG (M)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laennec)	BERNARD (E)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A)
Clinique toxicologique	GAULTIER (M)
Clinique traumatologique	PADOVANI (P)
Séméiologie médicale	DOMART (A)
Séméiologie et clinique chirurgicales	POILLEUX (F)
Clinique urologique (Necker)	COUVELAIRE (R)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	TURPIN (R)

b) Professeurs à titre personnel :

	MM.
Médecine	(BOUR (H)
	(LHERMITTE (F)
	(PEQUIGNOT (H)

II - PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET
MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

	MM.
Anatomie	(CABROL (C)
	(GOUINAUD (C)
	(GILLOT (C)
	(OLIVIER (G)
Anatomie pathologique	(GAUTHIER-VILLARS (Mlle P)
	pr.s.ch.
	(ABELANET (R)
	(BUSSER (F)
	(CHOMETTE (G)
	(GOUYGOU (Ch).m.conf.
	(NEZELOFF (Ch)
	(ORCEL (L)
	(PAILLAS (J)
Anesthesiologie	(KERN (E)
	(VOURC'H (G)
Bactériologie	(BARBIER (P)
	(CHRISTOL (D)
	(Le MINOR (L)
	(TOURNIER (P)
Biochimie médicale	(BAULIEU Et.m.conf.
	(BOURILLON (R)
	(CARTIER (P)
	(DREYFUS (J.Cl.)
	(GONNARD (P)
	(KRUH (J)
	(JEROME (H)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	PLAS (F)
Carcinologie	(BOIRON (M)
	(DENOIX (P)
	(MATHE (G)
	(SELIGMANN (M)
Dermato-Syphiligraphie	(CIVATTE (J)
	(DUPERRAT (B)

MM.

Electro-Radiologie	LEDOUX-LEBARD (G)
Hématologie	{ BESSIS (M) BILSKI-PASQUIER (G) DAUSSET (J) DUHAMEL (G)
Histologie	{ COUJARD (R) pr.s.ch. MAROIS (M) RACADOT (J)
Hydrologie	{ BESANCON (F) CORNET (A)
Hygiène	{ BOYER (J) pr.s.ch. BLANCHER (G) CORRE-HURST (Mme L) SAPIN-JALOUSTRE (H)
Maladies infectieuses	{ BASTIN (R) DUPONT (V)
Médecine légale	{ FOURNIER (E) GUENIOT (M) HADENGUE (A)
Médecine du travail	ALBAHARY (C)
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B)
	{ GRANJON (A) HERVET (E) Le LORIER (G) LEVY (J) MORIN (P) MUSSET (R) ROBEY (M) SENEZE (J) SUREAU (C) THOYER-ROZAT (J)
Obstétrique	{ BREGEAT (P) DUBOIS (A) SARAUX (H)
Ophtalmologie	{ JUDET (R) MEARY (R) POSTEL (M) RAMADIER (J)
Oto-rhino-laryngologie	{ DEBAIN (J) PIALOUX (P)

MM.

Parasitologie	(GOLVAN (Y) (LAPIERRE (J)
	(BARCAT (J) (BINET (J.P) (CAUCHOIX (J) (CERBONNET (G) (CHATELIN (C.L) (DUBOST (Ch) (DUBOST (Cl) (FAUREL (J) (FLABEAU (F) (GARBAY (M) (GARNIER (H) (Cl.de) GAUDART-d'ALLAINES (GERMAIN (A) (LATASTE (J) (LEVEQUE (B) (LUYGUE (J) (MERCADIER (M) (NATALI (J) (PELLERIN (D) (PERROTIN (J) (ROBERT (H) (THOMERET (G)
Pathologie chirurgicale	SCHNEIDER (J)
Pathologie exotique	(BENHAMOU (J.P) (BERTHAUX (P) (BOIVIN (P) (CROSNIER (J) (HARTMANN (L) (LOEPER (J) (MAURICE (J) (MIKOL (Cl) (RICHT (G)
Pathologie expérimentale	(AUSSANNAIRE (M) (BOUVIER (J) (BOUVRAIN (Y) (BRICAIRE (H) (BRISSAUD (H) (BROCARD (H) (BUGE (A) (CATINAT (J) (CHRETIEN (J) (COBLENTZ (B) (CONTAMIN (F) (CORY (C)
Pathologie médicale	

MM.

Pathologie médicale

(ETIENNE (J.P)
(FREZAL (J)
(FRITEL (D)
(HENNEQUET (A)
(HIMBERT (J)
(HOUSSET (E)
(LAROCHE (Cl)
(LESOBRE (R)
(MACREZ (C)
(MOREAU (L)
(NICK (J)
(ROYER (P)
(TOURNEUR (R)
(WOLFROMM (R)

Pédiatrie-Puériculture

(LAFOURCADE (J)
(LEPERCQ (G)
(MANDE (R)
(MOZZICONACCI (P)
(POLONOVSKI (C)
(ROSSIER (A)
(VIALATTE (J)

Pharmacologie

(BOISSIER (J)
(LECHAT (P)

Physiologie

(BARRES (G)
(DEJOURS (P)
(DURAND (J)
(GIRARD m.conf.
(HUGELIN (A)
(SCHERRER (J)
(CHANTEUR (J)
(GOUGEROT (L) m.conf.
(pr.s.ch.
(GREMY (F.) m.conf.
(MILHAUD (G)
(PELLERIN (P)
(ROUCAYROL (J.Cl)
(TUBIANA (M) m.conf.

Physique médicale

Pneumo phtisiologie

(KREIS (B)
(MEYER (A)
(RENULT (P)

Psychiatrie

PICHOT (P)

Psychiatrie infantile

(DENIKER (P)
(DUCHE (D)
(FLAVIGNY (H)
(LAPRESLE (J)

MM.

Rhumatologie	DELBARRE (F)
	(CERNEA (P)
Stomatologie	(CHAPUT (Mme A.) m.c.agr.
	(GRELLET (M)
	(CHASSAGNE (P)
Thérapeutique	(LAMOTTE (M)
	(MARCHE (J)
	(AUVERT (J)
Urologie	(MOULONGUET (A)
	(QUENU (L)

III - PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS
DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent

MM.

Anatomie	DEBEYRE (J)
	(ABOULKER (P)
Clinique chirurgicale	(AMELINE (A) pr.s.ch.
	(VERNE (J.M.)
	(PERRAULT (M)
Clinique médicale	(RAMBERT (P)
	(THIEFFRY (S)
	(GRASSET (J)
Clinique obstétricale	(MAYER (M)
	(DESVIGNES (P)
Clinique ophtalmologique	(OFFRET (G)
Clinique oto-rhino-laryngologique	MADURO (R)
Clinique pédiatrique et puériculture	LAPLANE (R)
Clinique psychiatrique	BARUK (H)
Clinique urologique	KUSS (R)

IV - PROFESSEURS DETACHES DANS LES
UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie	HAUDUROY (P) Pr.s.ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J) Pr.s.ch.

V - CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE
BOLTANSKY (E)
LAUNAY (C)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque }
Conservateur du Musée d'Histoire de la } ... M. le Docteur HAHN (A)
Médecine }

Conservateur Mlle DUMAITRE (P)

Bibliothécaires { Mmes CONTET (J), FORGET (F),
{ Mlles LAURENT (H), Le NOIR (G),
{ QUIEVREUX (E)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la mémoire de mes Parents

A mon Oncle,
A ma Tante,

En expression de ma reconnaissance et
de mon amour filial

A ma Femme,

Avec toute mon affection

A mes Beaux-Parents,

En témoignage de mon attachement

A mes Enfants,

A mes Frères,

A ma Famille,

A mes Amis

A notre Président de Thèse,

Monsieur le Professeur A. LEMAIRE

Professeur de Clinique Thérapeutique
Médicale à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin des Hôpitaux de Paris,
Officier de la Légion d'Honneur,

Il nous a fait le grand honneur de
bien vouloir accepter la présidence
de notre thèse,

Qu'il veuille trouver ici l'expression
de notre respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Agrégé J. BERTRAND,

Professeur Agrégé de Pathologie Médicale à la
Faculté de Médecine de Tours,

Qui a bien voulu nous inspirer le sujet de
cette thèse. Tout au long de ce travail
il nous a éclairé de ses observations et
de son expérience personnelles,

Qu'il soit assuré de ma plus entière admiration
et qu'il trouve ici l'expression de ma plus
profonde gratitude.

A mes Maîtres de l'Ecole de Médecine et de Pharmacie
de plein exercice de Tours,

A Monsieur le Docteur J. BURGUET,

Médecin Chef de l'Hôpital Psychiatrique
de Niort,

Je le remercie de m'avoir permis de
profiter de son enseignement

PROFIL ETIOLOGIQUE ET CLINIQUE
DES DIVERTICULOSES COLIQUES
A propos de deux cents cas

-:-

INTRODUCTION

-:-

L'étude des diverticuloses du côlon, que nous proposons de faire ne se présente pas au premier abord comme un travail original.

De nombreux auteurs, français et étrangers ont, en effet, étudié cette lésion qui pose malgré tout encore de nombreux problèmes non résolus, surtout du point de vue étiopathogénique et thérapeutique.

Ce serait l'anatomo-pathologiste MORGAGNI qui le premier, aurait découvert la présence de diverticules coliques au cours de nombreuses dissections.

Mais c'est CRUVEILHIER qui, dans son "traité d'anatomie générale" de 1849 en donne pour la première fois une description précise.

Un demi siècle plus tard, en 1898, JABOULAY publie une observation de péritonite généralisée à point de départ diverticulaire.

En 1926, BENSAUDE, CAIN et HILLEMAND font une mise au point tout à fait remarquable.

En 1942, L. PRAT, P. PRAT et V. PASCHETTA ont rédigé un mémoire très complet et qui fait date, portant sur 66 observations de diverticuloses du côlon ilio-pelvien.

Toujours dans le cadre de la littérature médicale française, citons les rapports nombreux et documentés de J. VAGUE, E. DUBOURG, V. PASCHETTA, P. MARQUES, H. PONS et PHILIPPE,

J. GOUZI, ROUX et RAPP, faits à Montpellier en 1951, déterminant les données étiologiques, cliniques, radiologiques et thérapeutiques des diverticules du côlon.

En 1957, LAUMONIER et MARTIN en précisent l'anatomie pathologique.

En 1962, au 64e Congrès Français de Chirurgie, E. HENRY et G. EDELMANN font un remarquable rapport au sujet du traitement chirurgical des sigmoïdites.

Nous avons tenu à citer d'abord les auteurs français en raison de la multiplicité et de la précision de leurs travaux.

Mais les étrangers, en particulier les Anglo-Saxons ont de leur côté produit une littérature très abondante. Les Américains, par des études statistiques rassemblant un nombre considérable de cas, ont contribué à préciser l'étiologie de la diverticulose colique, à montrer l'importance et la fréquence des associations morbides.

Il ne peut être question ici que de citer les auteurs dont les publications nous ont paru très instructives dans la littérature récente :

PEMBERTON, BLACK et MAINO (1947), SMITHWICK (1962), MAYO (1950), Mc GOWAN et WOLFF (1952), HORNER (1954), SMITH et CHRISTENSEN (1959).

° ° °

Grâce à l'obligeance de notre Maître le Professeur Agrégé J. BERTRAND, qui nous a suggéré ce travail, nous avons pu rassembler les dossiers de 2.500 malades examinés par lavement baryté. Sur ces 2.500 malades nous avons colligé 200 cas de malades chez lesquels existaient des images de diverticules coliques.

L'analyse de ce matériel d'étude nous a semblé très intéressante en ce sens que, si certaines données fournies par la littérature se voyaient confirmées, il nous a paru que certaines discordances méritaient d'être relevées et analysées, surtout sur le plan étiologique.

Notre travail se propose d'être une contribution à l'étude de cette curieuse affection, dont la fréquence mérite d'être et déjà d'être soulignée et dont la gravité ne doit pas être sous-estimée.

°°°

Nous envisagerons successivement les points suivants :

- I - Matériel d'étude - Technique d'examen
 - II - Etiologie
 - III - Etude clinique
 - IV - Association cancer colique - Diverticulose
 - V - Déductions thérapeutiques
- Conclusions.

CHAPITRE I

--:-

MATERIEL D'ETUDE-TECHNIQUE D'EXAMEN

--:-

Notre travail repose sur l'étude de 2.500 malades examinés par lavement baryté.

Les 2.500 dossiers qui nous ont été confiés proviennent de malades qui ont tous été examinés personnellement du point de vue clinique et radiologique par le Professeur Agrégé J.BERTRAND.

Il nous paraît important de souligner l'homogénéité de ce matériel d'étude.

Les malades ont tous subi un lavement baryté. Ils ont pu en subir plusieurs au cours d'examens itératifs imposés par la clinique à des intervalles variables, allant selon les cas de quelques semaines à 5 ans, ce qui nous a permis d'avoir une vue évolutive des lésions pendant des laps de temps plus ou moins longs.

Il est hors de notre propos d'envisager tous les détails techniques du lavement baryté. Il nous paraît cependant utile d'en préciser un certain nombre de points :

I - Composition du liquide de contraste

La concentration barytée n'a pas été très grande, de façon à obtenir des détails plus fins sur la structure de la muqueuse colique.

Le mélange baryté a été composé en général de la façon suivante :

(- Sulfate de baryum	250 g
) - Eau Q.S.P.	1.500 cc

Chez les sujets vraiment obèses, une concentration légèrement supérieure a pu être utilisée.

II - Préparation du malade

Tous les malades ont eu un lavement évacuateur d'un litre la veille au soir de l'examen, et un second dans les heures qui ont précédé l'examen. Ces lavements ont été pratiqués avec de l'eau tiède pure, au bœck, lentement et sous faible pression.

En outre, suivant en cela l'excellent conseil de PIQUET, on a demandé au malade d'avaler environ 200 cc d'eau une ou deux heures avant l'examen et de ne plus uriner. De cette façon, c'est-à-dire après réplétion vésicale, on obtient un déroulement plus satisfaisant du sigmoïde qui peut ainsi être examiné dans de bien meilleures conditions.

III - Technique du lavement opaque

Le lavement opaque a toujours été pratiqué avec une canule de faible calibre, de façon que la progression se fasse lentement. C'est à ce prix seul que non seulement l'examen a pu être bien toléré, mais aussi que l'on peut mieux surveiller la progression de la colonne barytée sans distendre inutilement le côlon sous une avalanche de liquide opaque.

Le contrôle scopique fondamental a été systématique pendant le remplissage du côlon.

De temps à autre, il a été pratiqué, une fois le remplissage terminé le "siphonnage" préconisé par PASCHETTA, de façon à obtenir des images du côlon en semi-réplétion. Cette manœuvre s'est avérée fort utile dans quelques cas.

IV - Prise des clichés

Les clichés, en nombre variable, ont été tirés pendant le remplissage, à la demande, puis une fois le lavement terminé, en tâchant de bien exposer successivement tous les secteurs du côlon.

De façon systématique enfin, il a été tiré un cliché après évacuation du lavement.

V - Insufflation

De temps à autre, une insufflation colique a été pratiquée après évacuation du lavement. Elle a toujours été extrêmement prudente et modérée, en raison du danger possible de perforation diverticulaire, dont d'assez nombreux cas ont été publiés.

Cette insufflation a pu permettre alors d'obtenir des images très belles et d'un intérêt sémiologique très grand.

° ° °

Nous tenons à signaler que n'ont été reconnues comme diverticules que les images typiques en utilisant les critères les plus sévères. Le diagnostic de ces images sera discuté au chapitre II lors de l'étude de la fréquence des diverticules.

CHAPITRE II

-:-

FACTEURS ETIOLOGIQUES

-:-

Comme tous nos prédécesseurs dans l'étude des diverticuloses coliques, nous avons étudié de très près les divers et nombreux facteurs étiologiques que l'on constate dans cette affection.

S'il fallait résumer en quelques mots les données étiologiques classiques, on pourrait avancer que les diverticules coliques constituent une lésion rare ; qu'ils sont essentiellement l'apanage du sujet âgé ; qu'ils s'observent plus volontiers chez l'homme et plus fréquemment chez les Anglo-Saxons, et qu'enfin on les voit surtout chez les obèses.

De l'étude de nos dossiers, il nous est apparu que la plupart de ces notions devaient être soumises à caution ou sujettes à révision. En cela d'ailleurs nous pouvons confirmer un certain nombre de données plus récentes, surtout depuis que nous pouvons consulter des travaux rassemblant un nombre très important de cas.

o°o

Cette étude étiologique sera faite en fonction des données suivantes :

- 1 - Fréquence
- 2 - Sièges des diverticules
- 3 - Sexe

- 4 - Age
- 5 - Race
- 6 - Facteurs familiaux
- 7 - Facteurs mécaniques
- 8 - Obésité
- 9 - Lésions digestives associées

Nous comptons réserver un chapitre spécial à l'association de diverticuloses et de cancers coliques.

I - FREQUENCE

-:-

Sur 2.500 malades examinés par lavement baryté nous avons constaté 200 cas de diverticuloses coliques, soit 8 p.cent.

Or, si l'on s'en réfère aux nombreux travaux qui ont cherché la fréquence de la diverticulose colique, on constate que les chiffres sont très divergents.

C'est ainsi que GOLD et SAWYER (1952) estiment que 5 p.cent des malades ayant des troubles coliques ont une diverticulose. HENDRICK (1957) chiffre à 7 p.cent le nombre de sujets de 50 ans et plus qui sont porteurs de diverticules coliques, alors que, dans les mêmes conditions, le pourcentage passe à 33 p.cent pour SMITH et CHRISTENSEN (1959). BARBORKA (1958) fournit même des chiffres encore plus élevés, puisqu'il estime la fréquence de la diverticulose à 20-25 p.cent de tous les adultes.

Pour tenter d'approcher la réalité, on peut se baser sur les données d'autopsie et sur les examens radiologiques. Mais ainsi que le note J. VAGUE, les différences des statistiques tiennent à celles des examens pratiqués et à la définition du diverticule lui-même, la moindre saillie étant comptée par les uns, négligée par les autres.

1 - Les données d'autopsie

Nous possédons des statistiques à partir d'autopsies qui fournissent des pourcentages vraiment faibles, allant de 0,21 p.cent à 10 p.cent (Tableau I).

TABLEAU I

Fréquence des diverticuloses coliques
(autopsies)

Auteurs	Nombre de sujets autopsiés	Nombre de diverticuloses	Pourcen- tage
M. TELLING	13.068	28	0,21 %
LARIMORE	4.408	53	1,02 %
SPRIGGS et MARXER	1.000	100	10,00 %
MAILLER	498	34	7,00 %
MOURGUES	1.000	29	2,90 %
KOCOUR	700		3,58 %

Certaines de ces statistiques fournissent des chiffres très bas, qui sont vraisemblablement dus à la difficulté de mettre en évidence certains diverticules de petit volume, inclus dans les franges épiploïques ou entre les feuilletts du mésocôlon.

Aussi bien les données d'autopsie nous semblent-elles ne pouvoir fournir que des taux largement au-dessous de la réalité.

Si l'on voulait avoir une vue plus exacte des choses à partir d'une pièce anatomique, il faudrait alors suivre le conseil de LAUMONIER. L'inspection du côlon sous pression par une solution formolée, qui permet la distension et la fixation des diverticules.

De même pourrait-on faire à la suite de M. DEPORTE (1957), des moulages en matière plastique des pièces prélevées par autopsie ou après résection chirurgicale.

Ces deux derniers procédés devraient permettre, en partant de pièces anatomiques, d'approcher de plus près la réalité en ce qui concerne la fréquence de la diverticulose.

2 - Les examens radiologiques

Ils représentent probablement le moyen le plus fidèle actuellement connu pour mettre en évidence les diverticules. En effet ils peuvent extérioriser des diverticules de taille vraiment minime qui pourraient très bien passer inaperçus à l'inspection visuelle d'un intestin.

Il faut toutefois exprimer deux réserves en ce qui concerne la fidélité des résultats radiologiques.

Il est des erreurs en plus qui sont d'élimination facile et qui appartiennent au diagnostic différentiel : les aspects pseudo-diverticulaires qui ne sont dus qu'à une image spasmodique, à une segmentation haustrale dont le pied est très étroit. Une autre erreur en plus peut être due au fait que ces examens radiologiques ne sont en général pratiqués que lorsque l'attention a été attirée vers l'intestin par l'apparition d'un trouble de la lignée colique ; c'est peut-être d'ailleurs ainsi que peuvent s'expliquer en partie les chiffres différents que l'on note entre les diverses statistiques, les modes de recrutement des malades étant certainement différents.

Il est au contraire des erreurs en moins. En effet, certains diverticules peuvent passer parfaitement inaperçus même lors d'examens radiologiques techniquement excellents : l'inflammation d'un diverticule, son obturation par un fécalithe peuvent effacer l'image diverticulaire. Cette réserve n'a de valeur que lorsque les diverticules sont très peu nombreux. Il demeure évident qu'une diverticulose colique généralisée gardera toujours une expression radiologique.

A ces réserves près, l'examen radiologique de l'intestin est certainement le moyen le plus fidèle que nous ayons à notre disposition pour détecter la présence des diverticules, et c'est lui qui permet l'approche la plus grande de la fréquence réelle

des diverticules coliques.

Des statistiques ont porté sur un nombre très grand. de cas ; elles ont été effectuées au moyen d'examens radiographiques après lavement baryté (Tableau II).

TABLEAU II

Fréquence des diverticuloses coliques
(lavement baryté)

Auteurs	Nombre de sujets	Nombre de diverticuloses	Pourcentage
GONDARD (1951)	1.308	42	3,1 %
RAMSOM (1954)	14.635	1.764	12 %
SMITH- CHRISTENSEN (1959)	1.016	222	21,9 %
WILLIAMS (1960)	3.560	408	11,45 %
Ch. DEBRAY (1961)	500	53	10,60 %
WESTON (1961)	808	123	15,60 %
Notre statistique	2.500	200	8 %

Mise à part une statistique de SMITH-CHRISTENSEN, on constate que 8 à 12 p.cent des malades dont le gros intestin a été radiologiquement examiné, ont des diverticules du gros intestin. Nous-même , nous avons trouvé le chiffre de 8 p.cent de diverticuloses sur 2.500 sujets examinés, et nous nous situons au-dessous du taux noté par certains auteurs, et notamment en France par Ch. DEBRAY, J.P. HARDOUIN et F. BESANÇON.

Or il faut tout de même souligner que les statistiques ne portent que sur des sujets adultes, âgés de 15 ans et plus. La nôtre rassemble des sujets de tous âges, et comprend des enfants très jeunes, ce qui explique en partie les chiffres plus bas que nous avons observés. En défalquant de notre statistique

les sujets ayant moins de 15 ans, nous obtenons 199 cas de diverticulose colique pour 2.289 sujets examinés, soit 8,68 p.cent.

Compte tenu de ces différentes données, nous pensons que le chiffre de 2 à 3 p.cent sur la moyenne des humains, avancé par PRAT et collaborateurs, est certainement inférieur à la réalité.

La présence de diverticules dans le gros intestin ne doit donc pas être tenue pour une rareté.

C'est au contraire un état fréquent que celui de diverticulose colique.

II - SIEGE DES DIVERTICULES

-:-

Les diverticules peuvent siéger en n'importe quel point du cadre colique depuis le rectum jusqu'au caecum. Mais leur siège électif est de loin le sigmoïde. Tout se passe comme si ce segment présentait une zone de moindre résistance de la couche musculaire de l'intestin.

I - Le sigmoïde est donc le siège électif de la localisation diverticulaire

1) Les auteurs s'accordent à penser que la localisation sigmoïdienne existe dans 80 à 95 p.cent des cas, la moyenne se situant aux alentours de 90 p.cent. Personnellement, nous avons noté la présence de diverticules sigmoïdiens dans 78 p.cent de nos cas.

Plus on s'éloigne du sigmoïde en remontant le cours du gros intestin, moins la chance est grande d'y observer des diverticules. A cet égard, les chiffres des différentes statistiques sont particulièrement évocateurs (Tableau III).

TABLEAU III

Siège des diverticules

Localisations	HORNER	GOODWIN et COLLINS	NOTRE STATIS- TIQUE
Sigmoïde	91,5 %	90 %	78 %
Côlon descendant	48 %	47,9 %	44 %
Côlon transverse	16,5 %	16,5 %	14,1 %
Côlon ascendant	11,8 %	7,6 %	} 11 %
Caecum	4,1 %	1,3 %	

2) Les diverticules peuvent siéger exclusivement sur le sigmoïde. Cette localisation est fréquente. Nous l'avons observée dans 91 de nos 191 cas (47,64 p.cent), ce qui est un pourcentage particulièrement important par rapport aux constatations d'autres auteurs (Tableau IV).

TABLEAU IV

Fréquence de la localisation sigmoïdienne exclusive

	Nombre de diverticules	Localisation sig- moïdienne exclu- sive
GONDARD (1951)	42	55 %
MAGGI et coll.(1957)	63	33 %
HORNER (1958)	503	47 %
BOLES et JORDAN (1958)	294	22 %
Cas personnels (1962)	191	47 %

3) La diverticulose peut s'étendre à des secteurs plus ou moins importants du cadre colique.

Dans certains cas, la diverticulose est généralisée à tout le gros intestin. Nous l'avons personnellement observé 14 fois, soit dans 7,33 p.cent de nos cas (Tableau V)

TABLEAU V
Fréquence de la diverticulose généralisée

	Nombre de diverticuloses	Diverticuloses généralisées
MAGGI et coll. (1957)	63	15 %
BOLES et JORDAN (1958)	294	33 %
Cas personnels (1962)	191	7,33 %

Mais il faut ajouter que, même dans ces cas de diverticulose généralisée, les diverticules restent en général plus particulièrement abondants dans le secteur du sigmoïde.

4) Cependant il est des cas de localisation diverticulaire d'où le sigmoïde est exclu. On peut ainsi observer les diverticules exclusivement sur le côlon descendant, ou sur le côlon transverse ou sur le côlon ascendant.

5) La localisation rectale est exceptionnelle : SPRIGGS et MARXER en rapportent 3 cas, MAYO 2, WILLARD et BOCKUS 1. Nous n'en avons observé aucun cas.

6) De même, la localisation appendiculaire est rare. COLLINS, dans la littérature antérieure à 1934, rassemble 67 cas de diverticulite appendiculaire sur 16.044 appendices examinés lors d'interventions chirurgicales ou d'autopsies. Il en apporte 23 cas personnels sur 3.017 appendicectomies (0,77 p.cent)

et 7 sur 1.054 autopsies (0,66 p.cent). MOSCHOWITZ (cité par J. VAGUE) trouve 4 cas sur 1.500 appendicites (0,27 p.cent). BRANCO, RIBEIRO et RIBEIRO de CAMARGO en ont observé 2 cas sur 1.890 appendicites (0,105 p.cent). Nous n'en avons pas observé de cas.

III - S E X E

-:-

Il était classique de prétendre que les diverticules s'observaient plus volontiers chez l'homme que chez la femme, MAYO donna le chiffre de 61 p.cent.

Il semble bien qu'en réalité la distribution soit à peu près la même dans les deux sexes, avec peut-être une prédominance très légère chez l'homme.

Sur 200 cas de nos diverticuloses, 97 ont été observés chez des hommes et 103 chez des femmes.

Les chiffres qui sont avancés par les auteurs qui ont étudié des séries importantes de malades donnent déjà cette impression d'ensemble (Tableau VI).

TABLEAU VI

Nombre de cas de diverticuloses coliques en fonction du sexe

Auteurs	Hommes	Femmes	Total
PRAT et coll. (1942)	34	32	66
GONDARD (1951)	21	21	42
Mc GOWAN et WOLFF (1952)	90	64	154
BOLES et JORDAN (1958)	134	160	294
SMITH et CHRISTENSEN (1959)	98	124	222
Ch.DEBRAY et coll.(1961)	29	24	53
Cas personnels	97	103	200

Mais si l'on veut obtenir une vue plus précise de la question, il faut étudier en fait le pourcentage de diverticuloses observées dans chaque sexe par rapport au nombre de lavements barytés pratiqués également dans chaque sexe.

On constate alors que le pourcentage de diverticuloses est à peu près le même chez l'homme que chez la femme.

Nous-même avons noté la présence de diverticules chez 97 hommes et 103 femmes. Mais les diverticules ont été observés dans 8,12 p.cent des examens radiologiques de l'intestin chez l'homme et dans 7,82 p.cent des cas chez la femme (Tableau VII).

TABLEAU VII

Fréquence de la diverticulose colique selon le sexe, en fonction du nombre de lavements barytés pratiqués

	Hommes	Femmes
Nombre d'examens radiologiques	1.184	1.316
Nombre de cas de diverticuloses	97	103
Pourcentage	8,19 %	7,82 %

Cette minime prédilection pour le sexe masculin se retrouve dans les statistiques de SMITH et CHRISTENSEN (22,1 p.cent chez l'homme ; 21,7 p.cent chez la femme), et de Ch. DEBRAY, J.P. HARDOUIN et F. BESANÇON (10,58 p.cent chez l'homme ; 10,06 p.cent chez la femme). Cette différence est d'ailleurs si peu importante qu'il semble que l'on puisse affirmer que, à peu de choses près, la fréquence des cas de diverticulose colique est à peu près la même dans les deux sexes.

IV - A G E

-:-:-

En ce qui concerne la notion d'âge, les notions classiques sont amplement confirmées.

La diverticulose colique est surtout une lésion de l'âge mûr, et les diverticules s'observent de plus en plus fréquemment au fur et à mesure que les sujets avancent en âge.

Nous avons consigné dans le tableau VIII les pourcentages observés en fonction des tranches d'âge.

TABEAU VIII

Fréquence de la diverticulose colique en fonction de l'âge

Age	Nombre de sujets examinés	Nombre de su- jets sans di- verticules	Nombre de su- jets avec di- verticules	Pourcentage de <u>diverticules</u> sujets examinés
0-9	77	77	0	0
10-19	100	99	1	1,00
20-29	258	254	4	1,55
30-39	433	430	3	0,69
40-49	401	391	10	2,49
50-59	546	504	42	7,69
60-69	448	373	75	16,55
70-79	196	140	56	28,57
80 et +	26	18	8	30,77
	2.485	2.286	199	

Cette même étude avait été faite en France par Ch. DEBRAY, J.P. HARDOUIN et F. BESANCON en 1961 et aussi par SMITH et CHRISTENSEN. Nous en avons consigné les résultats, en comparaison avec les nôtres sur le graphique n°1. Les courbes sont à peu près superposables.

(Voir graphique p.suivante)

Nous n'avons pas personnellement observé des pourcentages aussi élevés que ceux de Ch. DEBRAY et collaborateurs. Il faut en voir sans doute la raison dans le fait que ces auteurs ont opéré sur une population de malades examinés dans un Centre Hospitalier Parisien, dont la clientèle est vraisemblablement différente de celle qui a servi de base à notre étude.

Mais ce qui frappe, dans la lecture de nos chiffres comme dans ceux de Ch. DEBRAY, c'est le saut que l'on observe à partir de 60 ans. En effet, nous relevons des pourcentages minimes jusqu'à 49 ans ; de 50 à 59 ans, le chiffre des sujets ayant des diverticules coliques par rapport aux sujets examinés est de 7,69 p.cent, et brusquement, il grimpe à 16,55 p.cent dans la décade suivante, pour aboutir à 28,57 p.cent entre 70 et 79 ans, et à 30,77 p.cent chez les malades ayant 80 ans et plus.

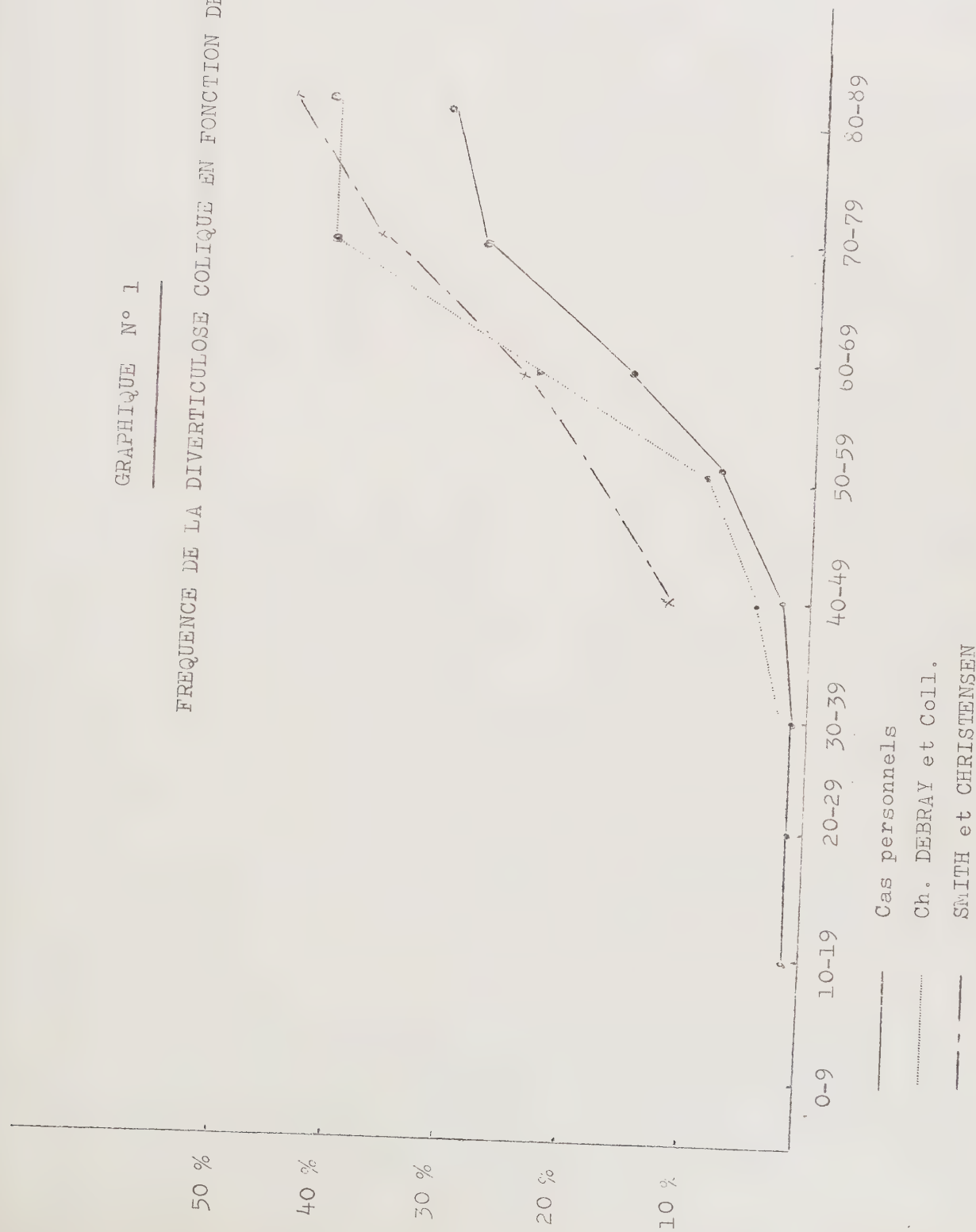
o°o

Si la diverticulose colique est l'apanage du sujet âgé, nous avons pu observer dans notre série 4 cas de diverticules chez des sujets de moins de 30 ans :

- un diverticule isolé du côlon iliaque chez une jeune fille de 14 ans.
- un diverticule isolé du bord supérieur du côlon transverse chez une femme de 23 ans.
- un diverticule isolé du côlon droit chez un homme de 27 ans.

GRAPHIQUE N° 1

FREQUENCE DE LA DIVERTICULOSE COLIQUE EN FONCTION DE L'AGE



- plusieurs diverticules sigmoïdiens chez un homme de 29 ans.

Il faut constater que, dans 3 de ces cas, il s'agissait d'un diverticule isolé, ce qui laisse à penser que l'on était à un stade de début d'une maladie diverticulaire.

La rareté de la présence de diverticule chez le jeune est telle qu'elle fait l'objet de publications :

RANSOHOFF (1913) avait rapporté un cas de sigmoïdite diverticulaire chez un enfant de 3 ans ; HARTWELL (1910) avait observé des diverticules chez des enfants de 6 ans, 7 ans et 10 ans ; ERDMANN (1919) à 6 ans $\frac{1}{2}$; NEWTON (1929) à 12 ans ; PRIMEROSE (1925) à 22 ans ; DALGER et COUREAUD (1927) à 22 ans ; BALLIN (1927) à 27 ans.

°°°

Ainsi la diverticulose colique apparaît-elle exceptionnelle au-dessous de 30 ans.

Les sujets âgés d'au moins 50 ans rassemblent au moins les trois-quarts des cas ; pour Mc GOWAN et WOLFF (1952), 83,76 p.cent sur 154 cas de diverticulose ; pour MAGGI et coll. (1961), 70 p.cent ; pour HORNER (1954), près de 70 p.cent sur 503 cas de diverticuloses ; pour Ch. DEBRAY et coll. (1961), 94 p.cent sur une série de 53 diverticuloses.

Dans notre propre série, 181 sujets porteurs de diverticules sur 190, soit 91,95 p.cent avaient 50 ans et plus.

°°°

Ainsi, "la diverticulose apparaît bien comme une maladie du vieillissement" (Ch. DEBRAY et coll.), et, selon la formule imagée et heureuse de SOUPAULT, les diverticules représentent "les rides de l'intestin".

V - FACTEURS RACIAUX

-:-

Nombre d'auteurs Français ont longtemps écrit que les diverticules coliques s'observaient plus fréquemment dans les races anglo-saxonnes qu'en Europe.

PRAT et coll. (1942) le pensaient également et avaient l'impression que la race juive était plus particulièrement prédisposée.

Notre statistique personnelle ne nous permet évidemment pas de faire une comparaison, la variété des races n'y étant pas suffisante.

Cependant une simple comparaison des pourcentages de diverticules coliques observés en Europe occidentale avec les pourcentages d'Outre-Manche et d'Outre-Atlantique ne semble pas mettre en évidence une quelconque prédisposition raciale.

° °

VI - FACTEURS FAMILIAUX

-:-

A notre connaissance, il n'existe pas dans la littérature une étude d'ensemble sur les facteurs génétiques de la diverticulose colique.

Nous pouvons, à cet égard, rapporter un cas de diverticulose colique familiale concernant une mère et son fils.

- La malade (Mme MAIL... Marie Obs. n°70)
avait 76 ans, était lacunaire et se plaignait depuis longtemps
de douleurs abdominales très vagues, sans troubles du transit
intestinal. Un lavement baryté révéla la présence de quelques
diverticules sur le côlon gauche.

Son fils (MAIL... Jean Obs. n°125) âgé de 56 ans, consulta
deux ans plus tard pour des brûlures gastro-oesophagiennes ap-
paraissant la nuit ou en anteflexion ; il n'avait aucun trouble
intestinal. On trouva une hernie hiatale du volume d'une mandari-
ne , un gros diverticule de la seconde portion du duodenum, une
diverticulose sigmoïdienne avec réaction spasmodique du côlon
gauche.

°°°

Ici et là des observations de cas familiaux ont été pu-
bliées :

- WILLIAMS	Deux soeurs
- PRAT	Trois frères Une fille et son père
- BEARSE	Le père et le fils
- VAGUE	Deux soeurs Un fils et son père
- SCHLOTTAUER	Cas exceptionnel de sept frères sur neuf.

°°°

En conclusion, il est probable qu'il existe une prédisposi-
tion familiale à la diverticulose colique. Il serait certainement
très intéressant d'orienter des recherches de ce côté. Il est
vraisemblable que l'on découvrirait alors de nombreux cas de
diverticuloses familiales.

VII - FACTEURS MECANIQUES

-:-

Histologiquement, le diverticule colique se définit comme une hernie muqueuse à travers une déhiscence de la musculuse.

Il apparaît que, dans l'immense majorité des cas, ce diverticule n'est pas congénital, et qu'il est acquis.

Pour créer ce ou ces diverticules, on admet actuellement qu'il faut qu'il y ait une augmentation plus ou moins chronique de la pression intra-intestinale.

°°°

C'est ainsi que pendant longtemps, on a fait état de la constipation qui par le mécanisme de la coprostase facteur d'hyperpression, permettrait la création de diverticules. Nous devons nous arrêter à ce sujet qui fut longtemps débattu.

La constipation n'est en fait qu'un symptôme en rapport avec une lésion anatomique ou, beaucoup plus souvent, avec une perturbation fonctionnelle du gros intestin. A elle seule, elle ne peut expliquer à notre avis la formation des diverticules. En effet, il était classique, ainsi que nous le verrons, de mettre la constipation au rang des signes fonctionnels habituels de la diverticulose colique.

A cela nous ne pouvons personnellement souscrire en nous basant sur les données cliniques apportées par nos observations.

Quatre-vingt-seize de nos malades diverticulaires avaient

des troubles chroniques du transit intestinal depuis au moins plusieurs mois et le plus souvent depuis de nombreuses années. Or nous constatons que 36 sujets avaient une constipation chronique, alors que 50 avaient au contraire une diarrhée chronique, dix autres enfin avaient depuis plus ou moins longtemps des alternances de diarrhée et de constipation. Nous avons figuré ces résultats dans le tableau IX.

TABLEAU IX

Troubles chroniques du transit intestinal chez les
diverticulaires

	Hommes	Femmes	Totaux
Diarrhée	26 cas	24 cas	50 cas
Constipation	10 cas	26 cas	36 cas
Alternances D.C.	4 cas	6 cas	10 cas
Totaux	40 cas	56 cas	96 cas

Quand on sait la fréquence de la constipation, surtout chez la femme, on ne peut qu'être étonné de la fréquence insolite avec laquelle s'observe la diarrhée chez les diverticulaires.

Nous pensons donc que la constipation dont on a souvent fait cas ne doit être aucunement un facteur favorisant la création de diverticules coliques.

Et nous croyons, à la suite d'ailleurs de la plupart des auteurs contemporains que l'étude des facteurs mécaniques doit se faire non au niveau du contenu mais bien au niveau du contenant intestinal, c'est-à-dire de la paroi elle-même.

La cause de l'hyperpression doit donc plutôt être cherchée dans la colite spasmodique, qui prédomine souvent sur le sigmoïde, justement sur cette zone de l'intestin qui est particulièrement fragile, ce qui peut expliquer la fréquence dominante de la localisation des diverticules à ce niveau. Ainsi peut être permise la formation d'une hernie à travers un point faible de la paroi intestinale : bord de l'insertion mésentérique au voisinage d'entrée des vaisseaux droits (MAILER, M. TELLINA); franges épiploïques, gouttières qui bordent les bandelettes longitudinales.

Nous pouvons à cet égard rapporter une observation où il a été possible d'assister à l'apparition de diverticules chez un sujet jeune, présentant une sigmoïdite d'évolution particulièrement grave. Il nous semble que ce cas privilégié pose le problème de cet "état prédiverticulaire" décrit en 1925 par SPRIGGS et MARXER, dont les auteurs n'ont pas depuis confirmé l'existence :

MAL... (Victor), 29 ans (Obs.26) consulta en 1956 pour une diarrhée récemment apparue accompagnée de douleurs coliques gauches et de fièvre. Les clichés montraient un aspect marécageux du côlon iliaque, qui s'améliora après traitement ne laissant qu'une image de colite spasmodique segmentaire, il n'y avait pas de diverticules visibles. Ce n'est qu'un an plus tard, que sur cette zone toujours enflammée, un diverticule apparut. Six mois plus tard, deux diverticules étaient visibles. Un an plus tard (août 1958) sigmoïdite aiguë avec abcès péricolique qui nécessita une résection après un premier temps de drainage simple et colostomie temporaire.

En outre, une sténose favorise la création de diverticules en amont : on sait en effet que, lorsqu'une diverticulose est associée à un cancer elle se situe toujours en amont.

C'est en particulier le cas de notre malade ILO... qui n'avait aucun diverticule sigmoïdien. Mais, en amont d'un cancer sténosant de la partie gauche du côlon transverse, il existait quelques images diverticulaires.

C'est aussi le cas de certaines lésions ano-rectales non cancéreuses, et notamment des vieilles fissures anales ayant entraîné une contracture du sphincter de l'anus.

C'est enfin le cas de deux de nos malades (Obs.80 et 120) qui avaient une atrésie du canal anal (on ne pouvait introduire le petit doigt qu'avec peine) et qui avaient des diverticules.

° °

Au total, il semble bien que l'augmentation de la pression intestinale, qu'elle soit due à une colite spasmodique ou à une lésion à tendance sténosante, puisse être un facteur étiologique à retenir.

Mais il ne paraît pas qu'à elle seule cette augmentation de la pression intestinale puisse rendre compte de la création des diverticules. Il faut pour cela, qu'il y ait une insuffisance pariétale concomitante.

° °

VIII - OBESITE

-:-

Nombre d'auteurs ont établi une relation assez étroite entre la diverticulose colique et l'obésité.

C'est ainsi que HILLEMAND pense que les diverticulaires sont volontiers des obèses. BLAND (cité par J. VAGUE) la retrouve 17 fois sur 22, WILLARD et BOCKUS 33 fois sur 72.

Cependant SPRIGGS et MARXER constatent que leurs diverticulaires ne sont pas plus souvent obèses que l'ensemble de la population. Pour HORNER, l'obésité n'a rien à voir avec l'état diverticulaire. J. VAGUE enfin n'a pas l'impression non plus d'une relation franche de la diverticulose ni de ses manifestations avec l'excès de poids.

Nous-même avons essayé d'approcher ce problème, en consignant le poids de nos malades (il n'a pas toujours été noté). Les résultats sont inscrits sur le graphique n°2.

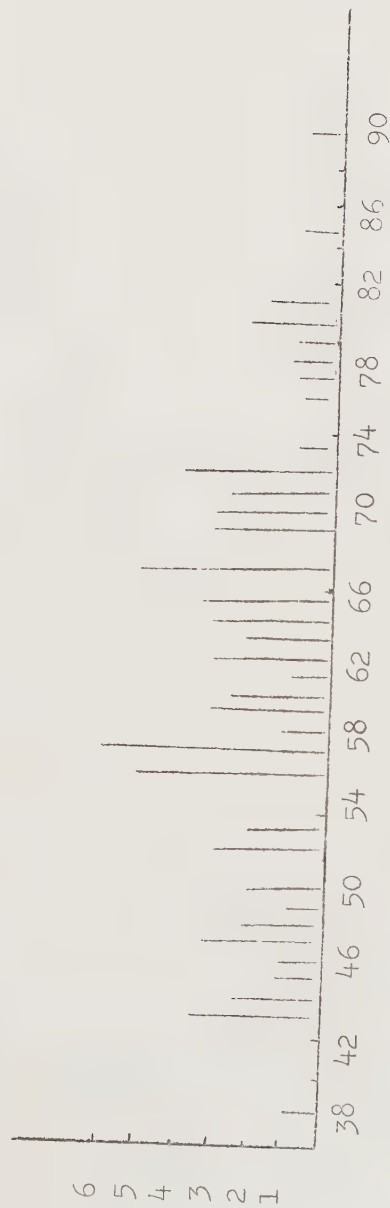
(Voir graphique p.suivante)

On voit que, sur 82 malades dont le poids a été relevé, 38 pèsent au maximum 60 kg et 44 pèsent 61 kg et plus.

Il ne nous apparaît donc pas qu'il y ait une relation quelconque entre le poids et l'état diverticulaire, ni que l'obésité favorise la création de diverticules.

GRAPHIQUE N° 2

POIDS DES MALADES ATTEINTS DE DIVERTICULOSE COLIQUE



IX - LÉSIONS DIGESTIVES ASSOCIÉES (cancers coliques exceptés)

- :-

Faire le catalogue de toutes les lésions digestives associées à une diverticulose colique exposerait au double grief de l'aridité et surtout de l'inutilité.

Le reproche que l'on peut adresser à bien des travaux qui ont passé en revue les associations morbides avec la diverticulose, est leur caractère nécessairement incomplet. Chaque auteur a eu l'attention attirée vers l'une plutôt que l'autre et ne peut de ce fait donner qu'un avis parcellaire.

C'est un reproche dont nous avons personnellement conscience. Il nous a été donné, dans notre dossier, de noter un certain nombre d'associations morbides, mais nous ne pouvons dire qu'elles ont été systématiquement recherchées.

Aussi les chiffres que nous fournirons doivent-ils être soumis à critique, car ils représentent à coup sûr un taux minimum, certains cas ayant pu comporter des lacunes dans l'observation clinique.

Il nous a paru que certaines associations morbides devaient être malgré tout retenues, tant en raison de leur fréquence que des problèmes pathogéniques passionnants qu'elles soulèvent :

- association à des diverticules du tractus digestif et à des formations herniaires ;
- association à des cholécystopathies.

1 - ASSOCIATION A DES DIVERTICULES DU TRACTUS DIGESTIF ET A DES FORMATIONS HERNIAIRES

Le diverticule colique se définit comme une hernie muqueuse à travers une déhiscence de la musculature.

De ce fait, on conçoit que l'on puisse rapprocher le diverticule colique des autres diverticules du tractus digestif d'une part, et que d'autre part on puisse aiguiller la recherche vers la coexistence avec d'autres insuffisances musculaires aboutissant à des formations herniaires diverses.

a) Associations à des diverticules du tractus digestif

Nous n'avons que deux cas d'association à des diverticules duodénaux. Mais cette association n'a pas été systématiquement recherchée dans cette étude.

GONDARD note la présence de 2 diverticules du grêle sur 42 cas de diverticuloses coliques. Mc GOWAN et WOLFF sur 73 diverticuloses coliques, observent 2 diverticules oesophagiens, 1 diverticule gastrique, 14 diverticules duodénaux et 1 diverticule du grêle.

Il semble donc que, dans nombre de cas et à condition de les rechercher systématiquement, les diverticules du tractus digestif soient assez souvent associés à une diverticulose colique.

b) Associations à d'autres insuffisances musculaires

Dans 33 de nos cas, nous avons noté de tels faits, se répartissant de la façon suivante :

- hernies de la paroi abdominale (inguinales, crurales, ombélicales)	20 cas
- prolapsus utérin	4 cas
- hernies hiatales	9 cas

Certains de ces faits, dont la fréquence mérite d'être soulignée, avaient été également observés par de nombreux auteurs.

BARBORKA, en 1958, estimait important d'attirer l'attention sur la relation entre les diverticules du tractus gastro-intestinal et la hernie hiatale. Mc GOWAN et WOLFF, sur 73 diverticuloses coliques, trouvaient 8 hernies hiatales. BOLES et JORDAN sur 294 diverticuloses coliques, notaient 45 hernies hiatales (15,30 p.cent) HORNER enfin estimait sur une série de 503 cas, que la hernie hiatale s'observait dans 16,3 p.cent des diverticuloses alors qu'on ne la voyait que dans 3 p.cent des cas chez des malades indemnes de diverticulose.

Il apparaît donc que la hernie hiatale s'associe volontiers (15 p.cent environ) à la diverticulose colique. Mais nous croyons que le problème doit être posé sur un plan plus général : celui d'une insuffisance musculaire. Et nous n'en voulons pour preuve que la fréquence vraiment anormale avec laquelle nous avons nous-même observé, chez des diverticulaires, des hernies de la paroi abdominale, des prolapsus, etc...

c) En conclusion, nous croyons que l'association fréquente de la diverticulose colique à d'autres diverticules du tractus digestif et à des formations herniaires constitue un élément très important du point de vue pathogénique, car on peut ainsi penser qu'il existe un terrain très particulier d'insuffisance musculaire pour permettre la création de diverticules.

C'est pourquoi le cas exceptionnellement rare de BROMBART et coll. (1952) revêt à notre sens un intérêt tout particulier. Ces auteurs ont pu observer un cas associant une diverticulose colique, une hernie hiatale, un diverticule de l'estomac, un diverticule duodénal et une maladie d'Ehlers-Danlos (hyperélasticité des muqueuses et des sous-muqueuses).

2 - ASSOCIATION A DES CHOLECYSTOPATHIES

Il semble bien que l'on puisse retenir la fréquence anormale des cholécystopathies calculeuses au cours des diverticuloses coliques.

Nous avons tenté une approche en ce sens : 525 de nos malades ont subi un examen radiologique du dialécyste. Or, sur 490 malades qui n'avaient pas de diverticules coliques, nous avons constaté 144 cas de lithiase, soit 29,38 p.cent). Alors que, sur 35 malades porteurs de diverticules, la lithiase existait 17 fois, soit dans 48,57 p.cent des cas (tableau X).

TABLEAU X
Lithiase et Diverticulose

	Sans lithiase	Avec lithiase	Lithiase %
Malades non diverticulaires	346	144	29,38
Malades diverticulaires	18	17	35

Nous avons conscience que le nombre de nos malades soumis à cholécystographie est insuffisant pour en tirer des conclusions définitives. Mais il nous semble que la différence de nos pourcentages entre les deux séries de malades est telle qu'il apparaît bien, malgré tout, qu'il faille considérer que la fréquence de la lithiase biliaire est beaucoup plus grande chez les malades atteints de diverticulose que chez ceux qui en sont indemnes.

BOLES et JORDAN constatent, de leur côté, que sur 294 diverticuloses coliques, il y a 92 lithiases, soit environ 32 p. cent, ce qui est également un chiffre considérable.

Enfin, il y a lieu de considérer la fréquence anormale de la Triade de Saint, rassemblant diverticulose colique, hernie hiatale et cholécystopathie calculieuse. Nous n'en avons observé que deux cas, mais une recherche systématique n'a pas été effectuée. FORSTER et KNUTSON (1958), effectuant, eux, une investigation systématique, ont trouvé 24 cas de Triade de Saint sur 713 malades ayant subi à la fois une cholécystographie, une étude radiologique oeso-gastrique et un lavement baryté, soit 3,4 p.cent des cas.

3 - EN CONCLUSION

Si d'autres associations morbides ont pu être notées par d'autres auteurs, notamment le dolichocôlon (GONDARD, PRAT et coll.), il faut retenir la fréquence tout à fait anormale avec laquelle on observe, au cours de la diverticulose colique, d'autres diverticules du tractus digestif, de formations herniaires diverses comprenant les hernies hiatales, mais aussi les déficiences de la sangle musculaire abdominale et périnéale (ce dernier fait n'ayant pas encore été indiqué à notre connaissance), et enfin les cholécystopathies calculieuses.

Il faut en conclure, que lorsqu'on découvre une diverticulose colique, il importe de faire un examen très complet, clinique et radiologique, et que, souvent, l'on aura la surprise de découvrir une association morbide dont la fréquence mérite d'être soulignée.

CHAPITRE III

-:-

ETUDE CLINIQUE

-:-

L'analyse de 200 dossiers nous a permis de saisir la complexité des troubles engendrés par la diverticulose colique.

Un certain nombre de remarques liminaires s'impose à cet égard.

1 - Notre étude a porté sur 200 cas de diverticuloses, compte non tenu de la localisation des diverticules sur le gros intestin.

Il est évident que l'inflammation diverticulaire doit pouvoir provoquer des troubles différents selon qu'elle siègera sur le sigmoïde ou ailleurs. On sait que la localisation sigmoïdienne est non seulement de beaucoup la plus fréquente, mais que le sigmoïde constitue une zone particulièrement vulnérable. Aussi bien, la plupart des travaux se sont limités à l'étude des sigmoïdites diverticulaires qui ont un profil clinique et évolutif bien particulier. C'est notamment le cas de L. PRAT, P. PRAT et V. PASCHETTA. C'est aussi l'objet du rapport de E. HENRY et G. EDELMANN au 64^e Congrès Français de Chirurgie en 1962. Cela pour ne citer que deux références de base. D'autre part, l'étude des diverticulites de l'appendice et du côlon droit a fait l'objet de nombreux travaux.

Mais il nous est apparu que certains troubles pouvaient, sinon être propres à la diverticulose colique, quelles qu'en soient la forme anatomique et l'étendue, du moins être assez évocateurs.

2 - Il existe d'autre part un piège qui peut être un danger. La constatation d'une diverticulose colique n'implique pas que la cause des troubles dont se plaint le malade soit effectivement cette diverticulose. Il faut rechercher au contraire une autre cause, se méfier de la possibilité d'un cancer associé par exemple, ou même d'une lésion à distance extra-intestinale. Ici encore, on peut parler d'un "miroir aux alouettes" et il faut tout mettre en oeuvre avant de rapporter les symptômes à une diverticulose.

3 - Il ne nous apparaît pas qu'en clinique la méthode statistique, dont par ailleurs on peut et l'on doit bénéficier, puisse servir de base. Il faut savoir gré à l'Ecole Française de nous avoir appris qu'en matière de clinique l'étude complète de cas bien choisis était plus démonstrative que l'alignement de chiffres impersonnels. Aussi bien, dans l'étude clinique qui va suivre, nous avons cru plus profitable d'éclairer certains points par des exemples pris dans nos dossiers.

°°°

La diverticulose colique s'exprime donc de façon très différente selon les cas.

Nous envisagerons successivement :

- I - La diverticulose colique cliniquement muette ;
- II - La crise de diverticulite, en prenant pour type de description la localisation sigmoïdienne
- III - Les complications de la diverticulite, toujours dans le cadre de la localisation sigmoïdienne
- IV - Les diverticulites non sigmoïdiennes.

I - LA DIVERTICULOSE COLIQUE CLINIQUEMENT MUETTE

La diverticulose colique peut être parfaitement muette dans nombre de cas où des examens radiologiques sont pratiqués à titre systématique. Chez des sujets ne présentant aucun trouble d'ordre intestinal, on peut découvrir l'existence de diverticules plus ou moins nombreux. Ils n'ont alors qu'une expression radiologique qui n'est pas une maladie mais simplement un état anormal qui s'est constitué progressivement avec l'âge de façon latente et sans donner lieu à une manifestation pathologique quelconque digne de ce nom. Il pourra en être ainsi pendant toute la vie de ces sujets, mais un jour ou l'autre, bien entendu, peuvent se créer, à la faveur d'une infection diverticulaire des états pathologiques plus ou moins sévères.

Cependant, dans beaucoup de cas, on relève des troubles coliques "a minima" chez les sujets porteurs de diverticules. La ligne de passage séparant la pathologie "muette" et la pathologie "extériorisée" est souvent malaisée à définir. Il est difficile dans nombre de cas de mettre sur le compte d'une diverticulose colique les troubles intestinaux dont se plaignent les malades. Cette discussion s'ouvre lorsque les sujets ont un transit intestinal perturbé, c'est-à-dire lorsqu'ils présentent de la constipation ou de la diarrhée.

1 - LA CONSTIPATION est considérée comme fréquente chez les diverticulaires. C'est une notion classique, mais qui nous paraît devoir être sujette à révision, ainsi que nous l'avons dit.

L'interrogatoire nous apprend alors que, dans la plupart des cas, elle est ancienne, qu'elle remonte à l'enfance ou à la puberté, comme une quelconque de ces constipations fonctionnelles que l'on observe quotidiennement.

Nous nous sommes expliqués, au cours de l'étude étiologique, des rapports de la diverticulose colique avec cet état de constipation ancienne et chronique : étant donné la fréquence de cette constipation fonctionnelle chez le civilisé, nous ne croyons pas que celle-ci puisse être incriminée directement dans l'étiologie de la diverticulose. A fortiori pensons-nous que cette constipation ne doit pas être tenue pour un des signes de la diverticulose.

Il en va bien entendu autrement lorsque la constipation est apparue de façon insolite et récente chez un adulte. On sait qu'alors il faut chercher systématiquement une lésion organique colique en particulier. Cette constipation peut alors traduire une réaction spasmodique plus ou moins importante du côlon chez un malade porteur de diverticules. Dans ce cas, la constipation est en général accompagnée d'autres troubles, douloureux en particulier, qui traduisent l'inflammation intestinale en rapport direct avec la présence de diverticules.

Obs.61 - Mme BON... 67 ans. A 27 ans, entérocolite ; mais n'avait plus eu aucun trouble digestif. Depuis 4 mois, constipation légère, crises douloureuses abdominales mal systématisées surtout gauche, à début et fin brusques, brèves, non fébriles. La selle qui suit la crise est faite de petites scybales enrobées de fausses membranes ce qui n'arrive pas en dehors des crises. Sur les clichés, quelques diverticules sigmoïdiens avec réaction spasmodique importante.

2 - LA DIARRHÉE

Quant à la diarrhée, elle semble, à notre avis, avoir une valeur sémiologique importante dans le cadre de la diverticulose. Lorsqu'un sujet déclare que, depuis plusieurs années, parfois plus de vingt ans, il a une diarrhée chronique, plus ou

moins importante, parfois réduite à l'émission d'une ou deux selles molles par jour, alors il faut penser à la possibilité d'une diverticulose. Cette diarrhée objective l'irritation chronique avec hypersécrétion de la muqueuse en rapport plus ou moins franc avec la présence des diverticules. Ceux-ci peuvent s'enflammer autour du calcul stercoral qu'ils contiennent souvent.

Dans d'autres cas enfin, cette diverticulose pourra être évoquée chez des sujets constipés habituels de tous temps, qui, à un moment donné de leur vie, voient une diarrhée remplacer leur constipation.

Dans tous ces cas, on peut dire que la diverticulose est latente. Ou bien qu'elle l'est presque, l'élément inflammatoire étant vraiment minime.

° °

II - LA DIVERTICULITE

L'inflammation d'un ou de plusieurs diverticules est fréquente et est à l'origine de poussées ou de crises dont la gravité est plus ou moins grande.

Il convient d'en apprécier tout d'abord la fréquence, puis d'en décrire les aspects cliniques.

La Fréquence des poussées ou des crises de diverticulites est assez grande.

Dans notre série, nous avons 75 malades qui ont fait des épisodes inflammatoires caractéristiques de diverticulite, ce qui représente 37,5 p.cent de nos cas.

Cette fréquence est d'ailleurs difficile à apprécier. Beaucoup d'auteurs l'estiment à 15 p.cent : c'est le chiffre que

donnent PRAT et coll. PEMBERTON a noté 600 diverticulites sur 3.995 diverticuloses. GONDARD observe 29 cas de diverticulites sur 42 cas de diverticulose colique.

Ces différences très importantes sont dues d'une part aux critères que chaque auteur utilise pour définir la poussée de diverticulite. Elles sont également dues au fait que la fréquence des crises s'accroît bien entendu avec la longueur du temps d'observation. C'est ainsi que GREENE relève 10 diverticulites sur 23 diverticuloses suivies par lui pendant un laps de temps allant de 5 à 30 ans. HORNER, sur 503 diverticuloses coliques observe 85 diverticulites caractérisées, soit 17 p.cent chez des sujets suivis pendant au moins un an. Mais, s'il étudie ses malades sur une période allant de 1 à 5 ans, il n'obtient que 39 diverticulites sur 300 malades (9,7 p.cent), alors que le taux s'élève à 25 p.cent pour les sujets suivis pendant 6 à 10 ans, et 36,7 p.cent pour ceux qui furent suivis pendant 11 à 18 ans.

Ainsi, la diverticulose colique est-elle susceptible de se compliquer dans au moins un tiers des cas si l'on prolonge suffisamment le temps d'observation.

En outre, HORNER a noté, et c'est évidemment logique, que la fréquence des complications s'accroît en fonction directe de l'extension de la diverticulose sur le côlon, et du nombre des diverticules.

° °

Sur le plan clinique, la poussée d'inflammation diverticulaire peut, selon les cas, prendre un aspect plus ou moins aigu, plus ou moins sévère.

Sous la clarté de notre exposé, nous décrirons la poussée

d'inflammation diverticulaire dans sa localisation sigmoïdiliaque, puisqu'aussi bien c'est l'aspect que l'on rencontre le plus souvent. Nous nous réservons de décrire plus loin les accidents inflammatoires observés dans les autres localisations de la diverticulose.

1°- Le Début peut s'en faire brusquement, inopinément, chez un sujet jusque là en bonne santé apparente et sans cause évidente.

Souvent toutefois, cette crise survient sur un terrain colopathique, ainsi que nous l'avons noté lors de l'étude étiologique. Depuis de nombreuses années, ce sujet était constipé ou avait au contraire de la diarrhée. L'interrogatoire apprend d'ailleurs que ce malade avait, dans nombre de cas, fait une infection intestinale autrefois, ou qu'il avait eu une parasitose (en particulier une amibiase ou une giardiase).

Souvent enfin, on peut retrouver à la crise une cause déclenchante : écart ou excès alimentaire, fatigue exagérée. Assez fréquemment on obtient la notion d'un laxatif ou d'un lavement pris par un sujet dont la constipation était habituelle ou, premier symptôme de la poussée inflammatoire, venait de s'installer.

2°- Sur le plan fonctionnel

La crise se traduit par des symptômes assez évocateurs dans l'ensemble :

a) douleur de la fosse iliaque gauche

C'est une douleur gauche et basse, siégeant dans le quadrant inféro-gauche du ventre.

D'importance variable, elle peut se résumer en une simple sensation de tension ou de pesanteur douloureuse ; il peut s'agir aussi d'une douleur vraie, vive, procédant par paroxysmes.

Cette douleur est augmentée par la marche et surtout par les chaos, les malades soulignent spontanément ce fait : il leur devient très difficile de se transporter à bicyclette ou de conduire un tracteur agricole par exemple. Elle est temporairement allégée par l'expulsion souvent difficile d'un gaz ou d'une selle.

Cette douleur peut rester localisée à la fosse iliaque gauche. Mais elle peut aussi avoir des irradiations. Les irradiations descendantes sont nettement évocatrices et, au demeurant, assez fréquentes. La douleur file vers la région sus-pubienne, le rectum, la vessie, les organes génitaux. Ces irradiations basses sont parfois prédominantes et peuvent s'associer à des troubles urinaires tels que pollakiurie et dysurie. Ce syndrome urinaire peut être trompeur et être à la source de nombreuses erreurs diagnostiques que l'on imagine. Par contre, la présence de troubles urinaires au cours d'une crise douloureuse de la fosse iliaque gauche doit être considérée comme hautement évocatrice d'une poussée de sigmoïdite. Nous avons noté la présence de troubles urinaires caractérisés dans 8 de nos observations.

Enfin, il peut exister un véritable syndrome rectal, avec fausses envies, tenesme et même épreinte : nous l'avons observé dans 12 cas. C'est un signe hautement alarmant, évoquant une néoplasie recto-sigmoïdienne que l'on doit s'acharner à rechercher. Mais ce syndrome rectal peut très bien s'observer uniquement dans une sigmoïdite diverticulaire.

A ce propos, il faut confirmer le fait déjà noté par PRAT d'un spasme douloureux du sphincter de l'anus pouvant gêner l'examen endoscopique et même le toucher rectal. Nous avons noté ce signe à plusieurs reprises.

b) La constipation, qui pouvait déjà exister de longue date chez ces malades, est augmentée. Assez souvent surviennent de fausses diarrhées par dilution secondaire, caractérisées par

l'émission de selles liquides entraînant des scyballes. Il est en outre fréquent que les malades constatent la présence de quelques fausses membranes dans les matières, ou des glaires qui peuvent parfois être sanguinolentes. Enfin, une ou plusieurs rectorragies d'origine diverticulaire peuvent s'observer, mais ce fait est assez rare.

c) A ces troubles fonctionnels, s'associent souvent une sensation de malaise, un état saburral de la langue, des nausées.

Les vomissements peuvent apparaître lorsque la crise revêt une allure aiguë, sévère.

Enfin le malade est hyperoxique et fatigué.

3°- Signes généraux

Il existe de façon constante une atteinte de l'état général, mais dont l'importance est fonction de la sévérité de la crise.

- a) La fièvre est constante : elle se situe en général aux environs de 38°. Mais, dans les crises aiguës, elle peut atteindre 39°.
- b) L'hémogramme met en évidence une leucocytose aux environs de 8 à 10.000 avec polynucléose. Parfois les chiffres peuvent atteindre le taux de 20.000 leucocytes. Il faut alors se méfier de l'existence d'un abcès péri-colique.
- c) Le facies est altéré, les traits sont souvent tirés, et l'on peut même, dans les cas sévères, observer un facies péritonéal.
- d) L'amaigrissement est souvent important, même quand la poussée semble peu importante, pour peu que celle-ci se prolonge. Il est souvent de l'ordre de 3 à 4 kg. Il est probable que, en plus de l'élément infectieux, la restriction alimentaire, souvent excessive à laquelle se soumettent les malades l'explique en grande partie.

4°- Signes physiques

L'examen physique du malade revêt une importance capitale, car il permet en grande partie de définir le degré de gravité de la crise.

C'est le palper de la fosse iliaque gauche qui fournit les données essentielles. Il doit être très doux et progressif, en raison de la vive douleur que l'on risque de provoquer.

On devra vaincre d'abord une défense musculaire plus ou moins vive du quadrant inférieur gauche de l'abdomen. Et c'est alors que l'on pourra percevoir le boudin intestinal, oblique en bas et à droite, nettement douloureux au palper, dont on circonscrit aisément le bord interne et le bord externe, et moins aisément l'extrémité supérieure. Quant à l'extrémité inférieure, elle est souvent difficilement délimitable. Cette masse se mobilise plus ou moins facilement de gauche à droite.

Dans les cas plus sévères, on peut même percevoir un véritable plastron dont la formation peut être rapide. Le sigmoïde s'empâte, on ne sent plus ses bords qui s'estompent, cependant qu'apparaît une masse, à contours imprécis, fixes, faisant corps avec la paroi abdominale antérieure, douloureuse à la moindre pression. Par le toucher pelvien, on peut en percevoir souvent la limite inférieure.

D'une façon secondaire et inconstante, l'abdomen apparaît légèrement météorisé, un peu tendu, mais sans aucun signe d'occlusion notable.

5°- Au total, on peut ainsi isoler :

- une forme subaiguë caractérisée par une douleur de la fosse iliaque gauche, avec défense musculaire légère, constipation ou fausse diarrhée, léger météorisme abdominal. Il existe un état fébrile à 38°, une leucocytose modérée avec polynucléose

et un amaigrissement rapide et net.

- une forme aiguë avec défense abdominale gauche importante, parfois même plastron, fièvre élevée aux alentours de 39° avec leucocytose importante, polynucléose, allant de pair avec une atteinte importante de l'état général et même avec facies péritonéal. C'est le tableau de l'appendicite à gauche bien décrite par les auteurs classiques.

6°- Evolution

a) dans les cas de poussées de diverticulite subaiguë l'évolution se fait en général vers la résolution. Celle-ci est facilitée grandement par le régime alimentaire et le traitement. En 3 à 8 jours, tout est rentré dans l'ordre, et l'examen ne retrouvera plus qu'une sensibilité anormale du côlon sigmoïdo-iliaque.

Mais il faut savoir qu'après une telle poussée, le malade risque fort d'en refaire d'autres, plus ou moins importantes, plus ou moins rapprochées, et que le risque peut être non seulement celui de la soudure des épisodes douloureux et inflammatoires, mais aussi de la survenue à tout moment de complications plus ou moins graves au premier plan desquelles il faut placer la poussée de diverticulite aiguë avec son risque d'abcès péri-colique.

Il est rare qu'une poussée de diverticulite subaiguë soit isolée, mais le fait peut malgré tout s'observer, surtout si le malade veut bien se soumettre à un régime et à un traitement de longue haleine.

b) dans les cas de crises aiguës sévères de diverticulite : Pour la suivre au mieux, on se basera sur un certain nombre de critères qui sont essentiellement, les caractères de la douleur, l'allure de la courbe thermique et de l'hémogramme, les données de l'examen abdominal.

X- Evolution favorable

Sous l'influence du repos au lit, de la glace sur le ventre, du régime alimentaire, de l'antibiothérapie, on assiste à une amélioration : la douleur perd son caractère aigu et paroxystique pour laisser place à un endolorissement iliaque gauche ; les selles reprennent un cours plus normal, les troubles urinaires qui pouvaient éventuellement exister disparaissent ; la fièvre se normalise progressivement de même que la vitesse de sédimentation globulaire. Et surtout, l'on assiste à la résorption du plastron ou de l'empâtement iliaque gauche, à une disparition de la défense musculaire et au boudin colique ; on perçoit simplement une corde colique gauche ou une douleur à l'appui du côlon gauche.

Cette amélioration, même si elle est franche et rapide, ne doit cependant pas inciter à trop d'optimisme. Car la question qui se pose désormais est celle de l'opportunité ou de la nécessité de l'intervention chirurgicale : doit-on opérer immédiatement ; doit-on, quand on peut le faire, attendre la résolution des phénomènes inflammatoires ?

Nous comptons évoquer ce problème très difficile et important au chapitre du traitement. Mais nous croyons devoir dire que, dans ces conditions, il vaut mieux prévoir une intervention chirurgicale, surtout actuellement en raison de l'accroissement de la marge de sécurité que nous offre maintenant l'antibiothérapie.

Car un malade qui a eu une agression locale aussi sévère ne manquera guère, selon toute vraisemblance, de refaire d'autres crises qui risquent, cette fois, d'être beaucoup plus graves, obligeant à des temps opératoires multiples et à des interventions beaucoup plus mutilantes.

β- Le cours défavorable des événements est, dans cette forme, celui que l'on risque d'observer le plus souvent. Il imposera alors l'acte chirurgical dont, même actuellement, on ne doit pas sous-estimer la gravité.

C'est alors que l'on peut observer la formation de péritonites suppurées, généralisées ou localisées, de fistules plus ou moins compliquées de sténoses progressives qui, toutes, revêtent une gravité très grande.

7°- Quelques exemples, pris au hasard de nos dossiers, peuvent être proposés pour éclairer les divers éléments cliniques que nous avons exposés :

Obs. n° 162 - M. GIB... Paul, 52 ans. Poussée de sigmoïdite subaiguë banale.

Vu en novembre 1961. Aucun antécédent digestif. Pour la première fois, un mois et demi auparavant, douleurs de la fosse iliaque gauche, procédant par coliques, avec fièvre atteignant 39°, diarrhée non glaireuse ni sanglante. Pas de fausses envies. Quinze jours plus tard, rechute. Une semaine avant l'examen, nouvelle rechute et, depuis lors, persistance d'une douleur de la fosse iliaque gauche sur un mode atténué. Amaigrissement de 3 kg en 6 semaines. A l'examen, douleur nette de la fosse iliaque gauche, avec côlon gauche simplement perçu comme une corde. T.R. négatif. Il existait une diverticulose sigmoïdienne, les diverticules remontant jusqu'à la partie moyenne du côlon transverse ; le sigmoïde apparaissait nettement inflammatoire et spasmé. Amélioration par traitement médical.

Obs. n° 152 - Mme GAS... Germaine, 53 ans. Poussées de diverticulite subaiguë à rechute avec troubles urinaires.

Malade vue en 1961, cholécystectomie pour lithiase en 1938. Depuis une quinzaine d'années, poussées de diarrhée sans douleurs abdominales. En avril 1961, grande poussée de diarrhée, avec

glaires ; pas de sang ; douleurs du bas-ventre, fièvre à 38°. Les poussées deviennent de plus en plus fréquentes et s'accompagnent maintenant de dysurie. Vue à plusieurs reprises, les troubles intestinaux et urinaires cèdent chaque fois parallèlement après traitement désinfectant et antispasmodique.

Obs. n° 161 - FRO... Georges. 68 ans - Diverticulite sigmoïdienne avec syndrome rectal.

Vu en 1961 - Depuis 2 ans diarrhée glaireuse avec fausses envies très fréquentes. Pas de sang dans les matières. Amaigrissement de 8 kg en un an malgré un appétit excellent. Examen abdominal négatif. Anuscopie : pas d'hémorroïdes ; Rectoscopie : pas de tumeur, muqueuse rectale simplement fragile. Sur les clichés, sigmoïdite diverticulaire, pas de cancer.

Obs. n° 188 - DES... Gaston 75 ans - Diverticulite sigmoïdienne avec troubles urinaires et syndrome rectal.

Vu en 1962. Depuis un an, constipation traitée par laxatifs. Quinze jours avant qu'il ne consulte, poussée de douleurs abdominales basses très violentes, irradiant vers la verge et les testicules, s'accompagnant de dysurie et de fausses envies fréquentes. Il émet des glaires sanguinolentes. Tout s'est spontanément amendé en grande partie. Amaigrissement net depuis 2 ou 3 mois. A l'examen, abdomen normal, toucher rectal, anu-rectoscopie normaux. Sur les clichés, pas de néo, sigmoïde diverticulaire. Après traitement, le malade est revu, tous les troubles ont disparu.

Obs. n° 26 - HAL... Victor, 29 ans. Sigmoïdite aiguë

Vu pour la première fois en 1956. Avait eu en 1947, au Maroc, un épisode dysentérique (non contrôlé par un examen de laboratoire). Tuberculose pulmonaire gauche excavée en 1951, guérie. De tous temps a émis 3 selles molles par jour. Or, 15 jours auparavant, diarrhée aiguë avec un peu de fièvre, douleurs iliaques gauches

avec crises paroxystiques surajoutées. On perçoit à l'examen une corde colique gauche très douloureuse. Les clichés montrent une image marécageuse du côlon iliaque.

Dix jours plus tard, les selles étaient régularisées, il ne souffrait presque plus, la température était normale. L'image marécageuse avait disparu pour faire place à une colite spasmodique gauche.

Trois mois plus tard, nouvelle crise, avec une image de sténose lâche sur le côlon iliaque. Tout rentre dans l'ordre avec un nouveau traitement, tant sur le plan clinique que radiologique.

En 1957, les troubles ne sont que peu importants, mais on assiste à la formation d'une, puis de deux images diverticulaires sur le côlon iliaque.

En 1958, poussée très aiguë, très fébrile, avec plastron iliaque gauche. On intervient, on trouve un abcès péricolique qu'on draine, on fait un anus de dérivation sur le côlon droit. Ultérieurement sera pratiqué une colectomie segmentaire gauche avec fermeture de l'anus de dérivation.

Revu à plusieurs reprises depuis lors, la dernière fois en mars 1962, il va bien.

Obs. n° 108 - Mme BRA... 66 ans - Sigmoidite aiguë à rechutes opérée.

Depuis l'âge de 40 ans, poussées de douleurs abdominales gauches bas situées avec sensation de blocage des gaz. Chaque poussée s'accompagne de fièvre à 38°5. Pendant les poussées, les selles sont rubannées et la malade a une sensation d'exonérations incomplètes. Ni glaires ni sang. La dernière poussée dure depuis 15 jours. A l'examen douleur sus-pubienne gauche, touchers pelviens négatifs, sur les clichés, sigmoidite diverticulaire. Le traitement médical n'apportant qu'une amélioration légère, on décide

l'intervention deux mois plus tard (Dr B. ROY) : colectomie sigmoïdienne avec colostomie en amont qui sera refermée 4 mois plus tard.

Sur la pièce, assez nombreux diverticules. Histologie : sigmoïdite diverticulaire avec assez nombreux diverticules. L'un d'eux rempli de pus, montre une ulcération presque totale de sa paroi.

III - LES COMPLICATIONS

Les complications de la sigmoïdite diverticulaire sont donc fréquentes. Elles sont liées à l'effraction de la paroi diverticulaire et s'observent, ainsi que nous l'avons vu, dans 30 p. cent au moins des diverticulites.

Dans le cadre de notre étude, nous ne ferons guère que les citer, car elles appartiennent au domaine chirurgical avant tout.

On peut les classer en 3 groupes :

- les complications d'ordre infectieux ;
- les sténoses ;
- les hémorragies.

1) Complications d'ordre infectieux

Toutes proportions gardées, on peut observer à cet égard les mêmes complications que dans les appendicites :

- nous avons déjà envisagé la possibilité du plastron sigmoïdien, réalisant une tumeur inflammatoire, dont le diagnostic peut être très difficile avec un cancer infecté.
- les péritonites peuvent être généralisées ou localisées avec formation d'un abcès péri-colique. C'est le cas de notre malade

HAL... (Obs.26) dont nous avons donné ci-dessus l'observation. Ce fut également le cas de Mme CRO... (Obs. 36) : abcès périsigmoïdien qui, après drainage subit une résection colique et qui fut guérie ; nous en avons encore observé 2 cas superposables (M. NOU ... Obs.76, M. ARN... Obs. 105).

- les fistules peuvent se créer,

- soit à la peau, siégeant le plus souvent dans la fosse iliaque gauche, la fosse lombaire gauche ou la région sus-pubienne.

- soit dans les organes voisins : vessie surtout, intestin grêle, rectum, vagin.

2) Les sténoses

Lorsque la sigmoïdite évolue de façon sévère et que la chronicité s'est installée dans les manifestations inflammatoires, une sténose peut très bien apparaître au niveau de la zone enflammée.

C'est ce qui est advenu à M. COL... Lucien, 61 ans. Vu pour la première fois en 1958, il avait eu une amibiase intestinale en 1912 et depuis il se plaignait de troubles colitiques mineurs que sa déportation en Allemagne en 1942 n'arrangea pas. En 1952, tuberculose pulmonaire gauche vite guérie. Or, en 1958, les troubles intestinaux s'aggravèrent nettement et évoluèrent par poussées avec constipation, douleur iliaque gauche et corde colique gauche au palper. Pendant deux ans le traitement médical obtint une amélioration sensible. Puis, à partir de 1961 sont apparues des crises de sub-obstruction très douloureuses avec empatement sus-pubien et iliaque gauche. Lors de ces poussées apparaissaient un syndrome rectal et une dysurie importante avec pollakiurie. En poussée, il était impossible au lavement baryté de franchir le sigmoïde, alors que dans l'intervalle le sigmoïde redevenait perméable, laissant voir la présence de nombreux diverticules.

L'intervention chirurgicale, dont l'indication était certaine, n'a pu être conseillée, car ce malade a fait en 1961 un infarctus du myocarde.

3) Les hémorragies

Il est assez fréquent d'observer des hémorragies au cours des diverticuloses coliques.

Pour notre part, nous en avons observé 33 cas, soit chez 16,5 p.cent des malades de notre série.

Lorsque l'on consulte les nombreuses études sur les hémorragies chez les diverticulaires, on constate que l'accord n'est absolument pas fait sur leur fréquence.

C'est ainsi que HOAR et BERNARD (1954) sur 111 diverticuloses ont noté 42 cas d'hémorragies (37 p.cent) ; à l'opposé, KNIGHT (1957), sur 289 diverticuloses, n'ont vu que 14 hémorragies (4,8 p.cent). OSCHNER et BARGEN donnent les chiffres de 5 p.cent au cours des diverticuloses et 22 p.cent au cours des diverticulites. PRAT les a notées 4 ou 5 fois sur 66 cas. On pourrait ainsi multiplier les exemples soulignant cette disparité dans les résultats (NOER : 29,5 p.cent ; KEITH : 25 p.cent).

En fait, la survenue d'une hémorragie chez un malade porteur de diverticules pose un certain nombre de problèmes :

La première question qu'il faut se poser est de savoir si c'est vraiment un diverticule qui est en cause. Il est bien évident que le premier réflexe doit être, lorsque l'importance de l'hémorragie n'est pas trop grande pour laisser un temps d'examen suffisant, de tout mettre en oeuvre pour dépister un cancer ou un polype associé. D'autre part il faut évidemment aussi éliminer une hémorragie d'origine hémorroïdaire.

Ces réserves faites, un diverticule peut être la cause d'hémorragies importantes, voire gravissimes nécessitant alors un

acte chirurgical rapide : plusieurs cas en ont été rapportés dans la littérature : WEINTERGARTEN, HICKEY, EARLEY, KNIGHT, QUINN, entre autres.

Le mécanisme en est multiple : le processus infectieux peut éroder la paroi d'un vaisseau ; mais il peut aussi s'agir de troubles vaso-moteurs secondaires à une purgation ou à un lavement.

Au total, la survenue d'une hémorragie basse doit faire chercher une lésion proliférative du côlon (cancer, polype par exemple). Mais elle peut aussi être parfaitement le témoin et parfois même le signe révélateur d'une diverticulose colique.

IV - LES DIVERTICULITES NON SIGMOIDIENNES

La sigmoïdite diverticulaire ne résume pas toute la pathologie de la diverticulite, puisque les formations diverticulaires peuvent se localiser sur n'importe quel segment colique.

A notre connaissance, il n'a pas été publié de cas de diverticulite du transverse.

Par contre, l'inflammation diverticulaire au niveau du caecum, du côlon droit et même de l'appendice a fait l'objet d'assez nombreux travaux.

Nous avons dans notre série 3 cas de diverticules isolés du côlon droit et du caecum. Dans un seul de ces cas, on pouvait relever une histoire pathologique en rapport avec la diverticule:

Mme BOU... Raymonde, 48 ans, vue en 1961 pour des douleurs de la fosse iliaque droite, parfois vives, pouvant irradier vers la fosse lombaire droite, s'accompagnant d'une tendance à la diarrhée (2 ou 3 selles molles non glaireuses ni sanglantes par jour). Ni fièvre, ni amaigrissement. Rien à la vésicule. T.V. normal. Sur les clichés, un diverticule isole du bord interne du côlon

droit.

Il ne s'agit ici que de troubles mineurs, hors de pair avec une diverticulite vraie qui pose des problèmes diagnostiques et thérapeutiques délicats.

o^oo

Actuellement les cas publiés deviennent nombreux :

En 1947, ANDERSON rassemble 91 cas de diverticulites aiguës du caecum.

En 1952, VAUGHN et NARSETE en ont colligé 114 cas dans la littérature mondiale depuis 1952. En 1961, WAGNER et ZOLLINGER pouvaient rassembler 318 cas de diverticulites du côlon droit. La même année RODKEY et HERMANN faisaient état de 371 cas. En France CHARPIN en rapporte 4 cas et à propos d'une observation de diverticulite aiguë du caecum A. MOUCHET et MARQUAND ont pu faire une excellente mise au point de la question.

L'inflammation diverticulaire au niveau du caecum et du côlon droit est certainement plus fréquente qu'on ne le croyait jusqu'ici, et les chirurgiens doivent toujours avoir présente cette hypothèse lorsqu'ils interviennent pour un syndrome douloureux et fébrile de la fosse iliaque droite.

Au point de vue étiologique A. MOUCHET et MARQUAND font remarquer que la diverticulite caecale survient en règle sur un diverticule solitaire. Elle est, comme pour toute diverticulose, aussi fréquemment observée chez l'homme que chez la femme. RODKEY et HERMANN notent que l'âge des malades est en moyenne de 46 ans, ce qui est plus jeune que l'âge moyen des malades atteints de diverticulite gauche.

Sur le plan clinique, la diverticulite droite donne le tableau d'une appendicite aiguë, c'est d'ailleurs le diagnostic sur

lequel on intervient le plus souvent, 84 p.cent des cas selon ANDERSON, 80 p.cent selon WAGNER et ZOLLINGER. Les signes sont ceux d'une inflammation aiguë du flanc droit ou de la fosse iliaque droite avec douleur vive, spontanée et provoquée, défense musculaire et fièvre. Toutefois, le développement des troubles serait plutôt lent et il faudrait noter l'absence fréquente de nausées et de vomissements (MYERS et SHEARBURN).

Lorsqu'on intervient, le diagnostic n'est pas toujours aisé. On peut en effet se trouver, dans les cas "a minima" devant le problème qui consiste à passer à côté d'un diverticule peu enflammé enclavé dans le mésocôlon, et à réséquer un appendice pratiquement sain (PRAT et PASCHETTA rapportent un cas dramatique de cette sorte).

Le problème n'est pas non plus aisé à trancher entre une diverticulite avec réaction plastique inflammatoire et un cancer du côlon droit ou du caecum, ce qui rend difficile dans certains cas le choix d'une tactique opératoire. A. MOUCHET et MARQUAND ont eu le mérite de clarifier la tactique chirurgicale, et, actuellement, il semble que tous les auteurs adoptent leur tactique.

Quand le diagnostic est opératoirement évident et que les lésions sont limitées, on peut se contenter d'une simple invagination avec une ou deux bourses d'enfouissement (si le diverticule n'est pas enflammé), mais il est préférable, en pareil cas, de pratiquer une résection du diverticule avec suture à points enfouissants, complétée par une bourse ou par un petit surjet séro-séreux.

Quand on hésite entre une tumeur inflammatoire, une lésion tuberculeuse ou néoplasique, le mieux est alors de faire une hémicolectomie droite, évidemment de pronostic plus grave, allégé actuellement par une antibiothérapie à large spectre.

CHAPITRE VI

-:-

CANCERS COLIQUES ET DIVERTICULOSE

-:-

L'association d'un cancer et d'une diverticulose colique soulève des problèmes très difficiles et passionnants tant sur le plan clinique et radiologique que du point de vue pathogénique et thérapeutique.

Nous envisagerons d'abord la question de la fréquence de cette association, à la lumière de nos résultats personnels et de ceux recueillis par d'autres auteurs, ce qui pose le problème de la filiation possible entre ces deux affections.

Puis nous envisagerons les problèmes cliniques et radiologiques posés par cette association.

I - FREQUENCE - PROBLEME DE LA FILIATION

A - RESULTATS PERSONNELS

Sur nos 200 cas de diverticulose colique, nous avons constaté 11 cancers dont le siège se situait en pleine zone diverticulaire, ou immédiatement en aval de la zone diverticulaire. Il va de soi que nous avons éliminé des cancers coliques situés loin en amont de zones ou d'images diverticulaires. Ainsi, nous avons noté 5,5 p.cent de cas de cancers associés à une diverticulose colique.

D'autre part, en reprenant nos 2.500 dossiers de malades ayant subi un ou plusieurs lavements barytés, nous avons trouvé 129 cancers coliques, 5,16 p.cent.

Enfin, si l'on établit le pourcentage entre le nombre de cancers associés à une diverticulose et le nombre de tous nos cancers du côlon, nous obtenons le taux de 8,5 p.cent.

Si l'on veut ne considérer que les chiffres dans leur sécheresse, on peut avancer que :

- d'une part la proportion de cancers coliques associés aux diverticuloses coliques (5,5 p.cent) est à peu près la même que celle des cancers observés après lavements barytés (5,16 p.cent)
- d'autre part, la proportion entre le nombre de cancers coliques associés à une diverticulose et le nombre de tous nos cancers du côlon (8,5 p.cent) est à peu près la même que celle que nous avons relevée entre le nombre de diverticuloses et le nombre de malades examinés par lavement baryté (8 p.cent).

Ainsi pourrait-on prétendre qu'il n'y a aucun rapport entre la diverticulose colique et le cancer du gros intestin, et qu'il ne s'agit que d'une simple coïncidence.

B - CONFRONTATIONS AVEC LES RESULTATS D'AUTRES AUTEURS

De nombreux auteurs ont constaté également cette même association. Tout travail qui a pu porter sur la diverticulose colique a soulevé ce problème et ce serait faire oeuvre inutile que de les citer tous.

Signalons simplement quelques données numériques ; VEEDER, sur un groupe de 227 cas de néoplasies du côlon, a rencontré 1,8 p.cent de diverticuloses. BROWN et MARCLEY admettent la proportion de 10 p.cent, FIFIELD sur 218 diverticulites et KNOTHES, sur 40, n'ont pas vu un seul cancer associé. MAYO, à l'inverse, prétend que dans 30 p.cent des cas de cancers, on trouve des diverticules et MASSON donne le pourcentage de 14,5 p.cent, GEORGES et HANDER celui de 20 p.cent, ROWE et KOCMARD citent 3 associations de diverticulose sur 385 cancers du gros intestin.

Enfin L. PRAT, P. PRAT et V. PASCHETTA ont relevé 9 cas de cancers sur 65 observations de diverticulites.

On voit donc que les proportions de cancers coliques vis-à-vis de la diverticulose du gros intestin sont singulièrement différentes.

C - LE PROBLEME DE LA FILIATION POSSIBLE

En fait le problème de cette association implique deux questions :

- la diverticulose colique est-elle une lésion qui favorise l'apparition d'un cancer ?
- le cancer colique est-il un élément favorisant l'apparition de diverticules ?

On peut y répondre par des statistiques qui semblent permettre de conclure qu'il ne s'agit que d'une coïncidence. On doit aussi y répondre par des faits qui montrent que le problème n'est pas si simple à résoudre en définitive.

I°- La diverticulose colique favorise-t-elle l'apparition d'un cancer ?

A cet égard, il semble que tous les auteurs soient bien d'accord pour répondre par la négative. Ils pensent, et nos propres constatations vont également dans ce sens, que la diverticulose est un état de sénescence, qu'il s'observe surtout à l'âge du cancer et que cette affection n'en fait pas le lit.

Il n'y a qu'une observation qui, à notre connaissance, puisse procurer un certain trouble : GOUYGOU et coll. en 1958, ont publié un cas de cancer situé en pleine zone diverticulaire, dont la particularité essentielle résidait dans le fait qu'il ne s'agissait pas seulement d'un foyer tumoral homogène, mais bien d'un processus néoplasique multicentrique, comprenant une tumeur principale qui intéressait trois diverticules situés au

niveau de sa base d'implantation et plusieurs foyers néoplasiques indépendants, situés à distance de la tumeur et développés chacun dans un diverticule. Il est certain qu'une telle observation est très troublante. Nous n'en avons pas retrouvé d'autre dans la littérature.

C'est pourquoi, et en cela nous suivons la pensée de tous les auteurs, nous croyons que, jusqu'à plus ample informé, la diverticulose colique ne fait pas le lit du cancer.

2°- Le cancer colique favorise-t-il l'apparition de diverticules ?

Ici nous croyons devoir répondre par l'affirmative. Non pas, ainsi que nous l'avons vu, en ne considérant que les données statistiques qui ne sont pas en faveur d'une augmentation du pourcentage des diverticuloses chez les malades présentant un cancer du côlon, mais bien en se basant sur les constatations radiologiques et opératoires.

En effet, lorsqu'il y a co-existence d'une diverticulose et d'un cancer colique, on constate que la diverticulose est toujours sus-jacente et non sous-jacente à la tumeur. Tout se passe comme si cette tumeur ne jouait que par son rôle sténosant, au même titre que ce que l'on observe dans les fissures ou dans les atrésies de l'anus que nous avons déjà signalées au chapitre de l'étiologie.

Nous avons eu le privilège d'observer un cancer sténosant de la partie gauche du transverse où il n'y avait aucun diverticule sigmoïdo-iliaque, mais où l'on constatait la présence d'images diverticulaires en amont du cancer, sur le transverse. Dans ce cas, on ne peut pas nier que la sténose cancéreuse n'ait été la cause de la création de ces diverticules.

Au total, un cancer sténosant, par l'hyperpression qu'il détermine en amont peut très bien, à notre sens, provoquer l'ap-

parition de diverticules coliques.

II - ETUDE CLINICO-RADIOLOGIQUE DE L'ASSOCIATION CANCER-DIVERTICULOSE COLIQUE

a) Etude clinique Cancer-Diverticulose Colique

Rien ne permet formellement sur le plan clinique de distinguer un cancer d'une diverticulite.

L'âge et le sexe n'ont aucun intérêt, de même que l'amai-grissement et l'atteinte de l'état général qui peuvent se voir aussi bien dans l'une que dans l'autre affection.

Les caractères de la douleur, l'allure sténosante des poussées peuvent très bien s'y observer dans les deux cas.

Il va de même pour des malades qui ont un syndrome rectal. Eminement évocateur d'un cancer recto-sigmoïdien, le syndrome rectal peut très bien s'observer au cours d'une poussée de diverticulite pelvienne.

Les hémorragies appartiennent aux deux affections. Il faut dire cependant qu'une hémorragie très importante est plus en faveur d'une diverticulose que d'un cancer.

La rectoscopie représente un élément d'appoint important, car elle permet de mettre en évidence un cancer bas-situé. Mais si la lésion est trop haut située elle n'est d'aucun secours.

b) Etude radiologique

C'est à l'examen radiologique qu'il appartient essentiellement de fournir les données différentielles.

SCHATZKI a pu dire que le diagnostic différentiel entre les deux affections est "aisé dans la plupart des cas, difficile dans certains, impossible dans un petit nombre".

Il est classique d'opposer à l'image radiologique bien circonscrite, à bords nets faisant parfois saillie à l'intérieur

du cancer colique, l'image beaucoup plus estompée avec transition progressive entre l'intestin sain et la zone pathologique de la sigmoïdite qui leche le côlon avoisinant une aire de localisation courte avec altération des plis muqueux est caractéristique de malignité, la destruction de la muqueuse est un signe différentiel très important. La zone de transition entre le néoplasme et l'intestin normal est souvent abrupte, avec des bords en forme de récifs produisant un défaut annulaire en "rond de serviette". Le segment en cause est rigide et fixé. Les images de la diverticulite sont caractérisées par le retrecissement et l'irrégularité marquée touchant habituellement un long segment d'intestin de 10 à 20 cm ; cette irrégularité a la conformation en dent de scie typique, et, est inconstante en raison de l'irritabilité associée. La muqueuse est toujours intacte.

c) Diagnostic opératoire

Le FRANÇOIS a pu dire que, dans les cas faciles, le néoplasme du côlon se présentait comme une tumeur dure, arrondie, limitée, irrégulière, respectant le péritoine et le méso. Alors que la sigmoïdite pseudo-tumorale serait une tumeur allongée, mordant sur le côlon sain avec le méso infiltré et fixé. Toutefois, il est parfois impossible opératoirement de distinguer entre diverticulite et cancer avec réaction inflammatoire secondaire marquée.

Nous voyons donc que, même l'abdomen ouvert, le diagnostic différentiel n'est pas toujours facile. Devant toute diverticulite suspectée d'association cancéreuse la conduite à tenir est donc de soumettre le malade à un traitement d'épreuve correct, énergique et rapide ; en cas d'échec de la thérapeutique il semble alors prudent d'effectuer une laparotomie exploratrice qui devra être suivie au moindre doute d'une colectomie menée comme pour un cancer.

CHAPITRE V

-:-

DEDUCTIONS THERAPEUTIQUES

-:-

La diverticulose colique appelle le plus souvent un traitement médical.

Mais la survenue de poussées aiguës à répétition ou bien de complications pose le problème de l'intervention chirurgicale.

Trop souvent encore actuellement, l'acte chirurgical n'est pratiqué qu'au moment où l'on a la main forcée par une complication majeure, en particulier lorsqu'il y a occlusion, à moins que ce ne soit lorsqu'il y a une peritonite généralisée ou localisée.

Pour la plupart des malades de notre série qui ont été opérés, on peut exprimer le regret d'une intervention trop tardive. Si elle avait été plus tôt conseillée, on aurait certainement évité à ces malades des interventions itératives leur imposant une très longue inactivité.

Nous voudrions tenter d'exprimer dans ce chapitre les indications respectives du traitement médical et du traitement chirurgical.

I - TRAITEMENT MEDICAL

Dans leur rapport pour le 64e Congrès Français de Chirurgie (1962), E. HENRY et G. EDELMANN insistent sur le fait que le traitement médical "permet, à lui seul, de guérir la plupart des diverticulites, et que bien des formes chirurgicales bénéficient tout d'abord d'une préparation médicale".

Il est paradoxal de constater que bien peu de choses ont été écrites dans les traités et dans les publications sur les modalités de ce traitement médical dont l'importance mérite d'être soulignée.

Nous envisagerons successivement le traitement médical de la diverticulose simple, et celui de la diverticulite.

I°- Traitement de la Diverticulose Colique

Par définition, la diverticulose colique ne donne pas de troubles ou bien ne donne que des troubles mineurs, puisque, théoriquement, il n'y a aucune complication inflammatoire.

Sur le plan pratique donc, si l'on découvre, au hasard d'une investigation radiologique, une diverticulose colique, il faut malgré tout prendre un certain nombre de mesures diététiques et thérapeutiques, de façon à prévenir autant que possible les complications qui peuvent toujours survenir à échéance plus ou moins lointaine.

Il est indispensable de prescrire tout d'abord une bonne hygiène alimentaire, en évitant les repas trop riches, en supprimant les légumes secs et les viandes en sauces.

Si le malade est un constipé chronique on doit lui interdire les laxatifs et les lavements qui, ainsi que nous l'avons vu, sont souvent la cause déclenchante immédiate d'une poussée de diverticulite. Pour assurer le fonctionnement régulier de l'intestin on aura recours aux huiles végétales, aux mucilages et éventuellement aux suppositoires à la glycérine pure pour faciliter les exonérations de ces malades qui, bien souvent, ont une dyschésie rectale ou recto-sigmoïdienne. Le potassium au début du traitement, pourra être d'un utile secours.

De temps à autre, une cure bismuthée s'avèrera bénéfique.

2°- Traitement de la Diverticulite

Le problème thérapeutique se pose de façon différente au moment de la crise de diverticulite et en dehors des crises.

a) Traitement de la crise de diverticulite

Au cours de la crise de diverticulite, 2 éléments sont associés : l'élément inflammatoire, le spasme entraînant des perturbations du transit colique. Ce sont ces deux éléments contre lesquels la thérapeutique doit lutter.

Il faut au départ imposer le repos au lit, et dans les formes sévères, la mise en place de glace sur le ventre, on conseillera la diète liquide, puis, très vite, un régime sans résidus, supprimant les aliments végétaux riches en cellulose, et surtout ceux qui laissent persister dans le côlon des particules agressives non détruites par les sucs digestifs (pépins, akènes, en particuliers).

Un traitement anti-infectieux sera toujours mis en route. Selon la gravité de la crise, on pourra avoir recours à des médications diverses : dérivés de la quinoléine, sulfamides intestinaux, antibiotiques. Les antibiotiques plus volontiers utilisés seront le chloramphénicol, la colimycine, la néomycine et la streptomycine, il n'y a pas intérêt à faire d'antibiogramme, car il semble qu'il n'apporte souvent aucun élément d'orientation pratique réelle.

Enfin, il faut lutter contre le spasme intestinal en donnant des antispasmodiques : atropine, surparine, cantil. Pour faciliter le transit les huiles végétales sont souvent encore d'un utile secours.

Ce traitement sera poursuivi tout le temps de la poussée aiguë. Il ne sera arrêté qu'en fonction des données cliniques que nous avons déjà soulignées plus haut.

b) En dehors des crises de diverticulite

Tout malade qui a fait une crise de diverticulite amendée par le traitement médical, doit être soumis à une thérapeutique d'entretien, car il reste un malade fragile, susceptible, pour une cause minime ou même sans cause apparente, de nouvelles poussées, chacune d'entre elle risquant d'être grave ou de se compliquer sévèrement.

Il nous apparaît donc qu'un traitement d'entretien au long cours reste indispensable après une crise de diverticulite aiguë.

Le régime alimentaire, dans ce cadre, revêt une importance fondamentale. Certains aliments seront strictement et définitivement prohibés (légumes secs, viandes en sauces, choux, fruits à pépins et à akènes). Très vite d'ailleurs, le malade se rend souvent compte du méfait de certains aliments. Il importe de les lui rappeler. Le second principe du régime alimentaire est de ne pas déséquilibrer trop les apports alimentaires : certains malades anxieux, referment leur éventail alimentaire de façon telle que l'amaigrissement apparaît, sans pour cela, souvent d'ailleurs bien au contraire, que leur état intestinal s'améliore pour autant ; il faut notamment qu'ils ingèrent des aliments cellulosiques indispensables à créer une masse fécale suffisante et d'exonération facile.

Les médicaments sont essentiellement représentés par les huiles végétales, les mucilages et le bismuth. De temps à autre, de façon systématique, on aura recours aux dérivés quinoléïques pour obtenir une désinfection intestinale satisfaisante, point n'est alors besoin de prescrire les sulfamides ni les antibiotiques.

Enfin, la crénothérapie (Châtel-Guyon et peut-être surtout Plombières) pourra être souvent conseillée avec profit.

II - TRAITEMENT CHIRURGICAL

L'indication à l'acte chirurgical se pose en pratique dans deux cas :

- ou bien on se trouve en présence d'une complication patente, et l'acte chirurgical devient une obligation absolue.
- ou bien on se trouve en présence d'un malade chez lequel le traitement médical n'a que peu d'action sur la crise ou sur la répétition des crises, en l'absence de toute complication importante : c'est alors le problème de l'opportunité d'une intervention préventive, avant que n'apparaissent des complications.

1°- En présence d'une complication patente, l'acte chirurgical est une obligation absolue

a) Il peut s'agir d'une péritonite généralisée ou bien localisée avec formation d'un abcès péricolique ; ou bien encore d'une fistule, ou bien d'une occlusion.

Nous ne pouvons dans le cadre de cette étude, entrer dans le détail des techniques et des indications diverses, qui ont fait l'objet du rapport de E. HENRY et G. EDELMANN.

Mais ce que l'on peut dire, c'est qu'en pareil cas, on est souvent amené à pratiquer des interventions en plusieurs temps, le pronostic restant grave encore actuellement malgré une meilleure préparation et une meilleure désinfection des malades.

b) Les hémorragies diverticulaires sont en général jugulées par le traitement médical : repos, glace, coagulants, transfusions sanguines.

Mais si l'hémorragie est massive et ne réagit pas au traitement médical on est amené à intervenir. Cette intervention n'est obligatoire que dans 10 à 25% des cas. Il faut noter à cet égard, que même dans le cas d'une hémorragie vraiment diverticu-

laire, il peut être très difficile de repérer le diverticule qui saigne, rendant difficile dans ce dernier cas le choix du procédé opératoire à opposer.

c) Quant à l'association d'un cancer à une diverticulose colique, la tactique ne diffère pratiquement pas de celle qui régit la chirurgie du cancer colique ou rectal isolé. Mais il semble que la mortalité opératoire soit nettement supérieure à celle des colectomies pour cancer ou sigmoïdite isolés. De même la survie lointaine semble inférieure, lorsque les deux affections sont associées, à celle d'un cancer isolé opéré. Le problème est donc ici celui d'un diagnostic précoce qui, permettant une cure également précoce, allègera le pronostic.

2°- En l'absence de toute complication importante, la répétition des crises, leur sédation insuffisante malgré le traitement médical posent le problème de l'intervention préventive, avant que n'apparaissent les complications.

Ainsi, sur des malades bien préparés, on peut exécuter des interventions dans de bien meilleures conditions. C'est alors que l'on peut envisager une résection en un temps.

C'est, semble-t-il, la tendance actuelle : on a avantage à avancer la date du traitement chirurgical des diverticulites, et, en considérant les cas de nos propres malades nous ne pouvons que souscrire à ce principe.

°
° °

Ainsi, l'étude clinique et évolutive des diverticuloses coliques pose-t-elle de nombreux problèmes.

Et l'un des points que nous pouvons retenir, de cette étude, est que cette affection peut se compliquer dangereusement.

Nous sommes loin de l'affirmation de de QUERVAIN :

"La diverticulose n'est qu'un thème de conversation pour ceux qui en sont porteurs".

CONCLUSIONS

-:-

I - Sur un matériel homogène de 2.500 malades étudiés par lavement baryté, nous avons observé 200 cas de diverticulose colique, soit un taux de 8 p.cent. Il faut donc considérer cette lésion comme fréquente.

Les diverticules siègent sur le sigmoïde dans 78 p.cent de nos cas, ce qui confirme les notions classiques : les diverticules s'observent de moins en moins fréquemment au fur et à mesure que l'on s'éloigne du sigmoïde.

II - DU POINT DE VUE ETIOLOGIQUE :

1°- La diverticulose colique s'observe avec une égale fréquence chez l'homme et chez la femme : 8,12 p.cent de nos sujets examinés par lavement baryté chez l'homme et 7,82 p.cent chez la femme. Il ne faut donc plus considérer la diverticulose comme une lésion surtout observée chez l'homme.

2°- La diverticulose colique est une "maladie du vieillissement" 95,95 p.cent de nos cas avaient 50 ans et plus.

3°- Il ne nous a pas semblé exister une prédisposition raciale particulière.

4°- Il est probable qu'il existe une prédisposition familiale et nous rapportons un cas concernant une mère et son fils. Il est vraisemblable que des recherches en ce sens permettraient d'en mettre de nombreux cas en évidence.

5°- La création des diverticules peut être mise sur le

compte d'une augmentation de la pression intra-intestinale, par spasme ou par lésion sténosante. Mais cette augmentation de pression ne peut pas à elle seule être mise en cause : il faut qu'il y ait aussi une insuffisance pariétale musculaire. C'est pourquoi certaines lésions digestives associées revêtent une grande importance pathogénique. D'autres diverticules du tractus digestif sont souvent observés. Nous avons cru devoir insister d'autre part sur la fréquence des insuffisances musculaires associées (hernies de la paroi abdominale, prolapsus utérin, hernies hiatales), d'autant plus que ce point ne semble pas avoir été l'objet d'études antérieures.

6°- Aucune relation n'a pu être établie entre le poids de nos malades et la fréquence de la diverticulose. En d'autres termes, il ne semble pas que l'obésité, incriminée autrefois, puisse favoriser la création d'un état diverticulaire.

III - SUR LE PLAN CLINIQUE, les notions classiques sont confirmées. La diverticulose colique peut être muette. Mais, elle se complique, dans au moins un tiers des cas, si l'on prolonge suffisamment le temps d'observation. Il peut s'agir de poussées de diverticulites à rechutes, voire de complications vraies et sévères (péritonites généralisées ou localisées, hémorragies, sténoses, fistules).

IV - L'ASSOCIATION AVEC LE CANCER COLIQUE a été étudiée sous deux angles :

1°- La diverticulose colique ne fait pas le siège du cancer : il ne s'agit que d'une simple association

2°- Par contre un cancer, par la sténose qu'il peut provoquer, facilite la formation de diverticules en amont, au même titre que toute autre cause provoquant une augmentation de la pression intestinale.

V - SUR LE PLAN THERAPEUTIQUE

1°- La diverticulose colique est dans la grande majorité des cas justiciable du traitement médical.

2°- Toutefois, lorsque les crises de diverticulite se répètent et réagissent mal au traitement médical, il faut poser l'indication à opérer, l'intervention étant plus simple, moins mutilante que lorsque les complications sévères sont apparues. Il semble qu'actuellement le geste chirurgical puisse et doive être plus précocement pratiqué.

-:-

Vu :
Le Président :
Signé : A. LEMAIRE

Vu :
Le Doyen :
Signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris :
Signé : Jean ROCHE.

BIBLIOGRAPHIE

-:-

Une bibliographie exhaustive a été faite par L. PRAT, P. PRAT et V. PASCHETTA. Elle comprend les publications antérieures à 1942. Nous nous sommes contentés de ne signaler ici que les ouvrages que nous avons consultés, postérieurs à 1942.

°°°

I - ANDERSON L.

Diverticulites aiguës du caecum.

Surgery, 22, 479, septembre 1947.

2 - BALAGUE J.

Considérations sur les diverticules intestinaux solidaires;
l'état prédiverticulaire.

Arch. Méd. app. Dig. 48, 1450, 1959

3 - BARBORKA C.J.

Diverticulosis and Diverticulitis

Gastro-enterology 34, 278, Février 1958

4 - BARBORKA C.J. et TEXTER E.C.

Diverticulosis and diverticulitis.

S. Clin. North Amer., 209, février 1954

5 - BEARSE C.

Diverticulosis and diverticulitis of the colon in young
people. J.A.M.A. , 33, 200, 1944

6 - BENSAUDE, CAIN et HILLEMAND

Les diverticules du gros intestin.

Ann. de médecine, 13, mai et juin 1923

- 7 - BENSAUDE A., THALY H. et MARCHAIS J.
Sigmoïdite hémorragique d'origine diverticulaire.
Arch. mal. app. dig. 42, 944, juillet-août 1953
- 8 - BERGERET A., HILLEMAND P. et BARRE Y.
A propos d'un cas de diverticulite jéjunale à forme sténosante et pseudo-tumorale (Association avec une hernie diaphragmatique, avec des diverticules du duodénum et du sigmoïde).
Arch. mal. app. dig. 33, 200, 1944
- 9 - BERTRAND P., GIRARD M., AUPECLE, DALMAIS J. et GUILLAUD J.P.
Sigmoïdite diverticulaire et cancer associés. A propos de 9 observations.
Arch. mal. app. dig. 44, 497, avril 1955
- 10 - BESSI
Des fistules sigmoïdo-vésicales d'origine diverticulaire. Leur traitement par la colectomie.
Paris 13 janvier 1945 (Thèse)
- 11 - BLONDET P., EICHOLZ L. et MAILLET P.
A propos d'un cas de sigmoïdite diverticulaire avec fistule sigmoïdo-vésicale d'origine tuberculeuse.
Arch. Mal. app. dig. 51, 198, mars 1962
- 12 - BOLES R.S. et JORDAN S.M.
The chimical significance of diverticulosis
Gastro-enterology 35, 579, Décembre 1958
- 13 - BONVIN P. et BONTE G.
Diverticules géants du sigmoïde.
Arch. Mal. app. dig. 35, 353, 1946
- 14 - BRANCO RIBEIRO E.
Diverticulo do apendice en un caso de hernia multiplia.
Soc. Med. São-Lucas, 30 mai 1941. Estudos cirurgicos São Paulo, 4, 123, 1945

- 15 - BRANCO RIBEIRO E. et RIBEIRO de CAMARGO A.J.
Diverticulo do apendice.
Soc. Med. São-Lucas, 20 août 1940. Estudos cirurgicos
São-Paulo.
- 16 - BRASSINE A. et coll.
Quelques cas de perforation de diverticules du côlon.
Rev.Méd. Liège, 13, 529, 1958
- 17 - BRASSINNE A., RUYTERS L. et NAOME J.
Diverticuloses du côlon. Etude clinique et radiologique
de 86 cas. Acta gastro-enterol. Belg.23, 828, oct. 1960
- 18 - BROMBART M., COUPATEZ G. et LAURENT Y.
Contribution à l'étude de l'étiologie de la hernie hiatale
et de la diverticulose du tube digestif.
Arch. Mal. app.dig. 41, 413, avril 1952
- 19 - BUFFAT J.D.
Les sigmoïdites et les diverticulites du côlon gauche.
Rev. Méd. Suisse Rom. 80, 560, juillet 1960
- 20 - BUSSON A. et MORIN G.
Les diverticulites aiguës du sigmoïde et du côlon gauche.
Pr. Med. 63, 1852, déc.1955
- 21 - CARCASSONNE F.
Accidents chirurgicaux en rapport avec les diverticules
sigmoïdiens. Arch. Mal.app.dig. 40, 1444, déc.1951
- 22 - CHARPIN R.
Diverticules du caecum.
Arch. Mal. app. dig. 50, 455, mai 1961
- 23 - CHARPIN R.
Les péritonites par perforation diverticulaire du sigmoïde.
Gaz. Méd. France, 487, fév.1960

24 - COLLINS D.C.

Diverticula of the appendix. Study on 30 cases.
Ann. Surg. n°6, 1901, déc. 1936

25 - COMTE H., FOURNIER H. et LISCA

A propos d'un cas de diverticulite du côlon. Diverticulite
du duodenum. Maroc Méd. 27, 430, août 1948

26 - CREPY

Thèse. Les sigmoïdites du point de vue chirurgical.
Paris 13 mars 1950

27 - CRUVEILHIER

Traité d'anatomie pathologique.
Baillière Fils éd., Paris, 1849, p 593-594

28 - DARMAILLACQ R.

Trois cas de complications aiguës de diverticulites du
grès intestin. Arch. mal. app. dig. 42, 1010, juil-
août 1953

29 - DEBRAY Ch., HARDOUIN J.P., BESANÇON F. et RAIMBAULT J.

Fréquence de la diverticulose colique selon l'âge. Etude
statistique à partir de 500 lavements barytés.
Sem. Hôp. Paris, 37, 1743, mai 1961

30 - DELAPORTE J.E.

La forme hémorragique de la diverticulité du côlon
iléo-pelvien. Th. Bordeaux, n°145, 1948

31 - DELORD P.

Sigmoïdite diverticulaire prise pour un cancer. Difficulté
de la décision thérapeutique.
Arch. Méd. app. dig. 43, 75, janv. 1954

32 - DEPORTE M.

Contributions à l'étude clinique et anatomo-pathologique
des sigmoïdites diverticulaires.

- 33 - DEMOLE M., et THADEUSZ S.S.

La place de la diverticulose intestinale parmi les causes d'enterorragies de l'adulte.

Praxis - 41, 825, 1952

- 34 - DETRIE Ph.

Les perforations en péritoine libre des sigmoïdites.

Pr. Méd. 63, 1309, oct.1955

- 35 - DEVAUX

Contribution à l'étude des sigmoïdites - Thèse Lyon 1956

- 36 - DUBARRY J.J., DUBARRY E. et DELAPORTE J.

Neuf cas de diverticulites du côlon à forme hémorragique.

Arch. Mal. app. dig. 39, 1950

- 37 - DUBARRY J.J. et RUMEAU P.

Diverticulite en cancer iléo-pelvien ?

Gaz. Méd. France, 61, 1289, nov.1954

- 38 - DUBOURG E.

La diverticulose colique. Formes médicales. Clinique et thérapeutique. Arc. Mal. app. dig. 40, 1398, déc.1951

- 39 - DUPUY R.

Les malformations coliques et leurs complications.

Journ. Praticien, 4, 1847, juillet 1954

- 40 - EARLEY C.M.

The management of massive hemorrhage from diverticular disease of the colon.

Surg. Gyn. Obst. 108, 49 janv.1959

- 41 - FORSTER J.J. et KNUTSON D.L.

Association of cholelithiasis, hiatus hernia and diverticulosis coli. J.A.M.A. 168, 257, sept.1958

- 42 - GIRARD M., CHABAUD M. et CHASSARD J.L.

La part de la diverticulose colique dans les hémorragies intestinales des sujets de plus de 60 ans.

Arch.Mal.app.dig. 47, 534, mai 1958.

- 43 - GODINAUD J.
Les abcès péricoliques sigmoïdiens par diverticule et diverticulose. Thèse Bordeaux 1957
- 44 - GONDARD L.
Considerations sur 42 cas de diverticules du côlon.
Arch. Mal. App. dig. 40, 1451, déc.1951
- 45 - GOODWIN F.H. et COLLINS E.N.
Diverticulosis of the colon.
Cleveland clin. QUart. 15, 194, 1948 cité par HORNER
- 46 - GOUYGOU Ch., GILBRIN E., RENE L. et MAZUCHETTI
Carcinome pluricentrique à localisation élective sur des diverticules sigmoïdiens.
Arch. Mal. app. dig. 47, 887, juillet-août 1958
- 47 - GOUZI J.
Les diverticules coliques, aspects chirurgicaux.
Arch. mal. app. dig. 40, 1418, déc.1951
- 48 - GOLD M.A., Et. SAWYER J.G.
Diverticula of the gastro-intestinal tract.
Ann. Int. Méd. 36, 956, avril 1952
- 49 - GREENE W.W.
Diverticultis of the colon. Radical vs.conservative treatment. Ann. J. Surg.94, 282, août 1957
- 50 - GRIMOUD M., LAPEYRERE J. et Mme GREZE RUEFF.
Les colites diverticulaires. Arch.Mal. app. dig. 51,
384 avril 1962
- 51 - GROUT J.L.A.
Diverticulosis and diverticulitis of the large intestine.
Brit. J. Radiol. 22, 442, 1949
- 52 - HARDOUIN J.P.
Les sigmoïdites. Conc. Méd. 1579, 27 oct. 1951

- 53 - HENDRICK J.W.
Surgical treatment of diverticulitis of the colon.
Southern Méd. J. 50, 34, janv.1957
- 54 - HENRY F.D.
Acute diverticulitis of the caecum.
Ann. Surg. 120, 109, janv. 1949
- 55 - HENRY E. et EDELMANN G.
Traitement chirurgical des sigmoïdites.
Rapport pour le 64e Congrès Français de Chirurgie, 1962
- 56 - HICKEY R.C.
Massive colonic bleeding secondary to diverticulitis.
Gastroenterology, 26, 755, mai 1954
- 57 - HOAR C.S. , Et. BERNHARD W.F.
Colonic bleeding and diverticular disease of the colon.
Surg. Gyn. Obst. 99, 101, juil. 1954
- 58 - HOLSTENKAMP
Contribution à l'étude des sigmoïdites diverticulaires perforées.
- 59 - HORNER J.L.
Natural history of diverticulosis of the colon.
Ann. Dig. Dis. (Nouv.série), 3, 343, mai 1958
- 60 - HORNER J.L.
A study of diverticulitis of the colon in office practice.
Gastroenterology, 21, 223, juin 1952
- 61 - KEITH L.M., Jr. et RINI JM.
The significance of diverticula of the colon in massive melena. A.M.A. Arch. surg. 74, 571, avril 1957
- 62 - KNIGHT C.D.
Massive hemorrhage from diverticular disease of the colon.
Surgery 42, 853, nov.1957

- 63 - LANGERON P., et PREVOST A.G.
Sigmoidite à forme occlusive, colostomie immédiate et résection secondaire. Présentation de documents anatomo-radiologiques. Arc. Mal. app. dig. 51, 213, mars 1962
- 64 - LATIFI M.
Les fistules sigmoïdo-vésicales.
- 65 - LAUMONIER et MARTIN
Anatomie pathologique des diverticules coliques.
Sem. Hôp. Paris Pathol. et Biol. 33, 403, nov. 1957
- 66 - Le BAULT R.
Contribution à l'étude de la diverticulite du côlon sigmoïde. Thèse Paris juillet 1953
- 67 - LEPERE J.
Les sigmoidites diverticulaires. Leur traitement chirurgical.
Thèse Paris juin 1955
- 68 - LEPOUTRE C.
Fistule sigmoïdo-vésiculaire d'origine diverticulaire.
Pr. Méd. 51, 373, juillet 1943
- 69 - LOYGUE J. et FOURNIER R.M.
Diverticules du côlon. Encyclopédie Méd. chir. estomac-intestins, 9075 B 10.
- 70 - LOYGUE J. et SARRAZIN A.
Les indications chirurgicales au cours des diverticuloses sigmoïdiennes. Arch. Mal. app. dig. 45, 279, mars 1956
- 71 - Mc. GOWAN F.J. et WOLFF W.I.
Diverticulitis of the sigmoid colon gastroenterology, 21, 119, mai 1952
- 72 - MAGGI A.L.C., MEEROFF M., SEGAL J.E. et WAINE N.
Diverticulosis colonica. Pr. Med. Argent., 44, 2480, août 1957

73 - MARTIN R.

De quelques problèmes relatifs aux hémorragies chez les porteurs de diverticules coliques.

Mém. Assist. étr. Paris, t.169, n°30, in quarto dactil., 16, p.1959

74 - MASSION J.

Remarques sur la radiologie des diverticulites sigmoïdiennes. Acta gastro-enterol. Belg. 19, 744, 1956

75 - MARQUES P., PONS M. et PHILIPPE

Deuxième rapport radiologique sur la diverticulose des côlons. Diagnostic différentiel.

Arch. Mal. app. dig. 40, 1409, déc.1951

76 - MAYO C.W. et DELANEY L.T., J.R.

Colonic diverticulitis associated with carcinoma.

A.M.A. Arch. Surg. ,72, 957, juin 1956

77 - MORAND J.

Considérations sur le diagnostic et le traitement des sigmoïdites compliquées à propos de cinq observations cliniques. Thèse Paris juin 1957

78 - MOUCHET A. et MARQUAND J.

Diverticulite aiguë du caecum. Arch. Mal. app. dig. 41, 217, fev. 1952

79 - MOUSSEAU M. et KERNEIS J.P.

Diverticule appendiculaire. Soc. Anat. Paris 7 juillet 1949

80 - NOER R.J.

Hémorrhage as a complication of diverticulitis.

Ann. Surg. 141, 674, mai 1955

81 - OCHSNER M.C. et GARGEN J.A.

Diverticulosis of large intestine, evaluation of historical and personal observations.

Ann. Int. Méd. 2, 282-296, 1935

- 82 - PASCHETTA V.
Les diverticules du côlon. Etiologie, morphologie et
technique radiologique.
Arch. Mal. app. dig. 40, 1403, déc. 1951
- 83 - PEMBERTON J. de J., BLACK B.M. et MAINO R.
Progress in the surgical management of the diverticulitis
of the sigmoid colon.
Surg. gyn. and obst. 85, 523, oct. 1947
- 84 - PLISSON R.
Contribution à l'étude des diverticules du côlon.
Thèse Tours 1956
- 85 - POIRIER A. et POIRIER B.
A propos des diverticules du côlon.
Arch. Mal. app. dig. 40, 484, avril 1951
- 86 - PRAT P.P.
Cinq observations de diverticulites coliques chirurgicales.
Arch. Mal. app. dig. 45, 568, déc. 1956
- 87 - PRAT P.P.
Le traitement chirurgical des diverticulites sigmoïdiennes
Arch. Mal. app. dig. 40, 1440, déc. 1951
- 88 - PRAT L., PRAT P.P. et PASCHETTA V.
Les diverticules du côlon iléo-pelvien.
Masson et Cie, Ed. Paris 1942
- 89 - QUINN W.C.
Gross hemorrhage from presumed diverticular disease of
the colon. Results of treatment in 103 patients.
Ann. Surg. 153, 851, juin 1961
- 90 - RACHET J., BUSSON A., et DEBRAY Ch.
Maladies de l'intestin et du péritoine.
Flammarion éd. p.500

- 91 - RODKEY G.V., et HERMANN G.
Diverticulitis of the right colon.
Amer. J. Surg. 101, 61, janv. 1961
- 92 - ROUX G. et RAPP
Le traitement chirurgical des diverticules du côlon
iléo-pelvien. Arc. Mal. app. dig. 40, 1426, déc.1951
- 93 - SCHLOTTAUER H.L.
Familial diverticulosis of the colon. Report of seven
cases in one family of nine persons.
Ann. Surg. 124, 497, 1946
- 94 - SMITHWICK R.H.
Surgical treatment of diverticulitis of the sigmoid.
Amer. J. Surg. 99, 192, fév.1960
- 95 - SMITH C.C. et CHRISTENSEN W.R.
The incidence of colonic diverticulosis.
Amer. J. Roentgenol. 82, 996, déc.1959
- 96 - VAGUE J.
Néoplasme végétant et sténosant du sigmoïde. Nombreux di-
verticules associés. Arc. Mal.app. dig. 40, 1456, déc.1951
- 97 - VAGUE J.
Etiologie et pathogénie des diverticules coliques.
Arch. Mal. app. dig. 40, 1386, déc.1951
- 98 - VAUGHN A.M. et NARSETE E.M.
Diverticulitis of the caecum.
A.M.A. Arch. Surg. 65, 763, nov.1952
- 99 - VAUGHN A.M. et NARSETE E.M.
Diverticulitis of the ascending colon.
A.M.A. Arch. Surg. 66, 339, mars 1953

100 - WAGNER D.E. et ZOLLINGER R.W.

Diverticulitis of the caecum and ascending colon.

Arch. Surg. 83, 436, sept. 1961

101 - WILLIAMS K.L.

Solitary ulcers and diverticulitis of the caecum and ascending colon.

Brit. J. Surg. 47, 351, janv. 1960

SERMENT

-:-

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

-:-

